

Leistungs-Check up zur Zahn-Zusatzversicherung
Welche zahnmedizinische Versorgung ist mir wichtig?



| | | |
|----------------------|---------------------|--------------|
| Vorname, Name | Geburtsdatum | Datum |
| | | |

| Zahnersatz | Sehr Wichtig | Wichtig | Unwichtig |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Leistungen bei Zahnersatz sind mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wie hoch soll die Erstattung durch die Zahn-Zusatzversicherung sein? (Angabe in % des Rechnungsbetrages) | <input type="checkbox"/> bis 50 % <input type="checkbox"/> 50 -70 % <input type="checkbox"/> höher als 70% | | |
| Wie hoch soll die Gesamterstattung - einschließlich Festzuschuss der Gesetzlichen Krankenversicherung - sein? | <input type="checkbox"/> keine Vorgabe <input type="checkbox"/> bis 80 % <input type="checkbox"/> bis 100 % | | |
| Ist Zahnersatz, sofern kein Anspruch bei der GKV besteht, <u>ohne</u> Leistungskürzung erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind keramische Verblendungen für <u>alle</u> Zähne (auch im Seitenzahnbereich) erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist die Verblendgrenze bedingungsgemäß geregelt oder ergibt sich diese aus der Regulierungspraxis? | | | |
| Sind Implantate einschließlich der Implantationskosten (augmentative Behandlung) erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gibt es Begrenzungen für Leistungen bei Implantaten (z.B. max. 1000 Euro je Implantat oder max. 4 Implantate je Kiefer)? | | | |
| Sind Funktionsanalytische u. -therapeutische Leistungen erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist die Erstattung bedingungsgemäß geregelt oder ergibt sich diese aus der Regulierungspraxis? | | | |
| Ein Preis-/Leistungsverzeichnis ist <u>nicht</u> vorhanden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Vorsorge/Prophylaxe und Zahnbehandlungen | Sehr Wichtig | Wichtig | Unwichtig |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Leistungen für Vorsorge/Prophylaxe und Zahnbehandlungen sind mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist Zahnprophylaxe (Professionelle Zahnreinigung (PZR)) erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Kompositfüllungen (dentinadhäsive Rekonstruktionen) erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Vollschutz | | | Zahnersatz | | | Allianz ZahnBest + ZahnFit |
|-------------------|-----|-----|-------------------|-----|-----|-----------------------------------------------------------------|
| Leistungsstufen | | | Leistungsstufen | | | |
| V1 | V2 | V3 | Z1 | Z2 | Z3 | |
| 90% | 70% | 50% | 90% | 70% | 50% | 90% bei privat Zahnärztlicher Versorgung inkl. GKV Vorleistung |
| bis 100% | | | bis 100% | | | Bei Regelversorgung ohne privat Zahnärztliche Versorgung = 100% |
| ✓ | | | ✓ | | | ✓ |
| ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | Bis Zahn 7 ⊘ Regulierungspraxis |
| bedingungsgemäß | | | bedingungsgemäß | | | |
| ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ |
| keine | | | keine | | | keine |
| bedingungsgemäß | | | bedingungsgemäß | | | bedingungsgemäß |
| ✓ | | | ✓ | | | ⊘ |

| Vollschutz | Zahnersatz | | | Allianz ZahnBest + ZahnFit |
|-------------------|------------------------|-----|-----|-----------------------------------|
| 100% | 100% bis 80 € pro Jahr | | | 50 Euro pro Versicherungsjahr |
| 100% | 90% | 70% | 50% | 100% |

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Wenn ja, welche Erstattungsregelungen sind vereinbart? | | | |
| Sind Zahnbehandlungen nach GOZ erstattungsfähig? Wenn ja, welche? (Keine Begrenzung auf bestimmte Behandlungen, z.B. Wurzelbehandlungen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Akupunktur und Hypnose zur Schmerzbehandlung (Zahnbehandlung) erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist Vollnarkose im Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erstattung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ - 3,5-fach)? (Auch dann, wenn Anspruch bei der GKV besteht und unabhängig davon, ob Kosten- erstattungs- oder Sachleistungsprinzip vereinbart ist.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|------------------|------------------|-------------------------------|
| bis 3,5-fach GOZ | bis 2,3-fach GOZ | bis 3,5-fach GOZ |
| ✓ | ⊘ | ✓ |
| ✓ | ⊘ | ⊘ |
| ✓ | ⊘ | ⊘ Sofern med. notwendig |
| ✓ | ⊘ | ✓ bis 3,5-fach GOZ |

| Kieferorthopädie | Sehr Wichtig | Wichtig | Unwichtig |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Leistungen für kieferorthopädische Maßnahmen sind mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Kieferorthopädische Maßnahmen bei Kindern bis 18 Jahre, wenn die GKV nicht leistet (Kieferindikationsgruppen KIG 1 und 2) erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Restkosten für Kieferorthopädische Maßnahmen bei Kindern bis 18 Jahre, wenn die GKV leistet (Kieferindikationsgruppen KIG 3 bis 5) erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Invisalign-Behandlungen erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Vollschutz | Zahnersatz | Allianz ZahnBest + ZahnFit |
|-------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ⊘ | ⊘ | ✓ 90% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 21. Lebensjahr |
| ⊘ | ⊘ | ✓ 90% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 21. Lebensjahr |
| ⊘ | ⊘ | ⊘ 90% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 21. Lebensjahr Sofern medizinische Notwendigkeit besteht |

| Parodontose | Sehr Wichtig | Wichtig | Unwichtig |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Leistungen für Parodontosebehandlungen sind mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Parodontose Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Vollschutz | Zahnersatz | Allianz ZahnBest + ZahnFit |
|-------------------|-------------------|-------------------------------------------|
| ✓ 100% | ⊘ | ⊘ Soweit in den Auf- |

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | |
| Sind Leistungen für antimikrobielle Therapie bei Gingivitis (Zahnfleischentzündung) und Parodontitis (Entzündung des Zahnhalteapparates) erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist die gesteuerte Gewebe- und Knochenregeneration (GTR/GBR) erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|-----------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | wendungen für Prophylaxe enthalten (Mundhygienestatus); 100% max. 50 Euro pro Versicherungsjahr |
| ✓ 100% | ⊘ | ⊘ |
| ✓ 100% | ⊘ | ⊘ 100% der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen; ohne Vorleistung der GKV keine Leistungspflicht |

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) CMD / DIR-System und Freecorder Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) Kiefer- u. Kiefergelenkfunktionsdiagnostik mittels Bewegungsregistrierung (DIR-System) Optoelektronische Registrierung der Unterkiefer- u. Kiefergelenkbewegungen (Freecorder) <i>Hinweis:</i> Bei einigen Patienten stimmt der Biss nicht, d.h. Ober- und Unterkiefer passen entweder nach zahnärztlicher oder kieferorthopädischer Behandlung oder eben einfach von Natur aus nicht zusammen. Bei etwa 5% der Betroffenen werden hierdurch Folgeerkrankungen, wie Gesichtsschmerzen, Kopfschmerzen, Migräne, Rückenschmerzen, Verspannungen und Blockierungen, Schwindel, Tinnitus, ADHS oder Knacken und Knirschen mit Verlust an Zahnschmelze verursacht. Die genaue Kieferfunktionsanalyse mittels DIR-System und/oder Freecorder liefert die notwendige Grundlage um eine erfolgversprechende Therapie einleiten zu können. Die Kosten hierfür werden <u>nicht</u> von der GKV übernommen. Leistungen für CMD-Therapie / DIR-System und Freecorder sind mir ... | Sehr Wichtig | Wichtig | Unwichtig |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind DIR-System und Freecorder bei CMD-Therapie erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind DIR-Schienen oder andere Schienen im Rahmen der CMD-Therapie erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Leistungen des Zahntechnikers im Rahmen der CMD-Therapie erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----------------------------------|
| Vollschutz | Zahnersatz | | | Allianz ZahnBest + ZahnFit |
| ✓ | 90% | 70% | 50% | ⊘ |
| ✓ | Nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Zahnersatzmaßnahme erstattungsfähig | | | ⊘ |
| ✓ | | | | ⊘ |

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Laserbehandlung Leistungen für Laserbehandlungen sind mir ... | Sehr Wichtig | Wichtig | Unwichtig |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist Laserbehandlung bei Zahnersatz, Prothetik und Implantologie erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist Laserbehandlung im Rahmen der Zahnbehandlung, Parodontosebehandlung und Zahnchirurgie erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|-------------------|-------------------|-----|-----|-----------------------------------------------------------------------|
| Vollschutz | Zahnersatz | | | Allianz ZahnBest + ZahnFit |
| ✓ | 90% | 70% | 50% | ⊘ |
| ✓ | ⊘ | | | ✓ Soweit es sich um eine nach GOZ zuschlagsfähige Leistung handelt |

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Erstattung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ 3,5-fach)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

| | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Soweit es sich um eine nach GOZ zuschlagsfähige Leistung handelt |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Sonstiges | Sehr Wichtig | Wichtig | Unwichtig |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Keine Leistungsausschlüsse oder Risikozuschläge bei fehlenden/nicht ersetzten Zähnen? Maximale Anzahl fehlender und nicht ersetzter Zähne zu denen der Vertragsabschluss möglich ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sofern höhere Leistungsstufen oder Tarife angeboten werden, ist ein Wechsel ohne erneute Gesundheitsprüfung, ohne Wartezeiten und ohne neue Zahnstaffel möglich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auf altersabhängige Beitragsanpassungen wird verzichtet (keine altersbedingten Beitrags-sprünge)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wird auf Wartezeiten verzichtet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gibt es eine Patientenbescheinigung zur Vorlage beim Zahnarzt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche Zahnstaffel ist vereinbart? | | | |

| Vollschutz | Zahnersatz | Allianz ZahnBest + ZahnFit |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Soweit es sich um eine nach GOZ zuschlagsfähige Leistung handelt |
| <input checked="" type="checkbox"/> 4 | <input checked="" type="checkbox"/> 4 | <input checked="" type="checkbox"/> Bei ZahnBest 1-3 fehlende Zähne mit RZ versicherbar. Bei 4-5 Zähne Sonderentscheid. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Bei ZahnBest ja Bei ZahnFit nein |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <u>Zahnbehandlung</u> keine Zahnstaffel <u>Zahnersatz</u> 1. Jahr: 1.000 € 1.-2. Jahr: 2.000 € 1.-3. Jahr: 3.000 € 1.-4. Jahr: 4.000 € Rechnungsbetrag | <u>Zahnbehandlung</u> keine Zahnstaffel <u>Zahnersatz</u> 1. Jahr: 1.000 € 1.-2. Jahr: 2.000 € 1.-3. Jahr: 3.000 € 1.-4. Jahr: 4.000 € Rechnungsbetrag | <u>Zahnsstaffel</u> Bei ZahnBest In den ersten 12 Monaten bis 500 Euro In den ersten 24 Monaten bis 1000 Euro In den ersten 36 Monaten bis 1500 Euro In den ersten 48 Monaten bis 2000 Euro Bei ZahnFit In den ersten 12 Monaten bis 250 Euro In den ersten 24 Monaten bis 500 Euro In den ersten 36 Monaten bis 750 Euro In den ersten 48 Monaten bis 1000 Euro |

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sind Sehhilfen erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind sonstige Leistungen versichert, die nicht dem Bereich Zahngesundheit zuzuordnen sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| ✓ 100% bis 125 € alle 2 Jahre | ✓ 100% bis 125 € alle 2 Jahre | ⊘ |
| ⊘ | ⊘ | ⊘ |

Diese Übersicht kann die Leistungen nur stark verkürzt darstellen. Wir weisen daher ausdrücklich drauf hin, dass rechtsverbindlich nur die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Tarifbestimmungen, Produktinformationen und etwaige Zusatzvereinbarungen des Versicherers sind!

| Vorversicherung | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gesetzliche Krankenversicherung | Name der Krankenkasse: | |
| Private Zusatzversicherung | Name der Krankenversicherung: | |
| | Art der Krankenversicherung: | <input type="checkbox"/> Zahn-Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> Krankenhaus-Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> Heilpraktiker / Naturheilverfahren <input type="checkbox"/> Brille / Sehhilfen <input type="checkbox"/> Sonstige <hr/> |

| Empfehlung des Vermittlers | | |
|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vollschutz V1 | <input type="checkbox"/> Zahnersatz Z1 | <input type="checkbox"/> Allianz ZahnBest + Allianz ZahnFit |
| <input type="checkbox"/> Vollschutz V2 | <input type="checkbox"/> Zahnersatz Z2 | |
| <input type="checkbox"/> Vollschutz V3 | <input type="checkbox"/> Zahnersatz Z3 | |

- Ich wünsche den Abschluss einer Zahn-Zusatzversicherung entsprechend der vorgenannten Empfehlung.
- Ich wünsche den Abschluss einer Zahn-Zusatzversicherung abweichend von der vorgenannten Empfehlung. (bitte ankreuzen)
 - Vollschutz V1 Zahnersatz Z1 Allianz ZahnBest +
Allianz ZahnFit
 - Vollschutz V2 Zahnersatz Z2
 - Vollschutz V3 Zahnersatz Z3
- Ich wünsche keine Zahn-Zusatzversicherung.

-
- Das ausführliche Leistungsprotokoll für die gewählte Zahn-Zusatzversicherung (Württembergische/IGV-Vollschutz bzw. -Zahnersatz) habe ich erhalten. Alle Leistungspunkte wurden besprochen. Insbesondere wurde ausführlich dargestellt, ob und in welchem Umfang die in diesem Leistungs-Check up als wichtig und sehr wichtig angegebenen Leistungspunkte versichert sind.

Ort, Datum

Unterschrift