

Meine Zahn- versicherung – Einfach erklärt



Willkommen bei der Allianz!

Vielen Dank, dass Sie sich für die Allianz als Partner für den Schutz rund um Ihre Zahngesundheit entschieden haben. Wir freuen uns und danken Ihnen für das entgegengebrachte Vertrauen. Wenn es um die Förderung, den Erhalt und die Wiederherstellung Ihrer Zahngesundheit geht, können Sie auf uns als verlässlichen Partner an Ihrer Seite zählen.

Ihr Allianz Team

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung in Ihre Versicherung	4
2. Produktbeschreibung – Versicherungsbedingungen	6
2.1 Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	8
2.2 Deckungsumfang der Pakete	12
2.2.1 Allgemeine Regelungen zur Leistungshöhe	14
2.2.2 Meine Zahnversicherung – Basis	16
2.2.3 Meine Zahnversicherung – Optimum	23
2.3 Obliegenheiten und Pflichten des Versicherungsnehmers	32
2.3.1 Rund um die Prämienzahlung	33
2.3.2 Bekanntgabe und Änderung des Hauptwohnsitzes	35
2.3.3 Änderung oder Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherung	35
2.3.4 Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person während des Bestehens des Versicherungsvertrages – Folgen der Verletzung dieser Pflichten	36
2.3.5 Ansprüche gegen Dritte	37
2.4 Auszahlung der Versicherungsleistungen	38
2.5 Was sollten Sie noch unbedingt zu Ihrem Versicherungsverhältnis wissen	42
2.5.1 Beendigung des Versicherungsvertrages	43
2.5.2 Erfüllungsort und Gerichtsstand	44
2.5.3 Wertanpassung	45
2.6 Glossar – Definitionen und Erläuterungen	48
3. Leistungsfall – Was nun?	52
4. Häufig gestellte Fragen (FAQ) – Service für unsere Kund:innen	56
5. Unser Online Service	62
6. Anhänge	64

Einführung in Ihre Versicherung

1 EINFÜHRUNG IN IHRE VERSICHERUNG

In „Meine Zahnversicherung – Einfach erklärt“ sind alle relevanten Informationen zu Ihren Versicherungsbedingungen enthalten.

Mit den Paketen Basis und Optimum hat die Allianz eine moderne Vorsorgewelt für Ihre Zahngesundheit geschaffen. Ein strahlendes Lächeln ist Ausdruck von Wohlbefinden und Lebensqualität. Daher bieten wir Ihnen einen Schutz, der einfach und gut verständlich ist. Sie entscheiden anhand Ihrer individuellen Bedürfnisse, welches Paket für Sie am besten passt.

Je nach gewähltem Schutz genießen Sie umfassende Leistungen bei notwendigen Behandlungen aufgrund von *Erkrankungen* oder Unfällen. Mit dem Abschluss von „Meine Zahnversicherung“ sichern Sie sich – je nach Paket – entscheidende Vorteile: von der freien Wahl Ihres Zahnarztes über *hochwertige Füllungsmaterialien* und kieferorthopädische Lösungen (*Zahnspangen*) bis hin zu modernstem *Zahnersatz* wie Implantaten oder Keramikinlays.

Wir sehen uns jedoch nicht nur als Partner bei der Wiederherstellung Ihrer Zahngesundheit. Unser Ziel ist es, Ihre natürlichen Zähne so lange wie möglich gesund zu erhalten. Daher unterstützen wir Sie bereits im Rahmen der Prävention mit Leistungen, die über das gesetzliche Angebot hinausgehen – beispielsweise durch regelmäßige professionelle Mundhygiene oder Maßnahmen zur Zahnaufhellung (In-Office-Bleaching).

Zusätzlich zu „Meine Zahnversicherung – Einfach erklärt“ erhalten Sie als Versicherungsnehmer Ihre persönliche *Versicherungsurkunde*. Auf dieser sind das gewählte Paket, die versicherten Leistungen sowie die spezifischen Jahreslimits und Unterlimits festgelegt. Die *Versicherungsurkunde* legt zusammen mit „Meine Zahnversicherung – Einfach erklärt“ Ihren konkreten, rechtlich verbindlichen Versicherungsschutz fest.

Bei Fragen oder Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne persönlich unter → **05 9009 588** weiter oder per Mail unter → gesundheitsversicherung@allianz.at.

Blieben Sie gesund – und zeigen Sie Ihr schönstes Lächeln!

Produkt- beschreibung – Versicherungs- bedingungen

2 PRODUKTBESCHREIBUNG – VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

Aus dem vorliegenden Dokument „Meine Zahnversicherung – Einfach erklärt“ stellen nur der Abschnitt 2 „Produktbeschreibung – Versicherungsbedingungen“ sowie der Abschnitt 6 „Anhänge“ die rechtlich verbindlichen Regelungen und Inhalte für den Versicherungsvertrag dar. Kursiv geschriebene Begriffe werden im Kapitel 2.6 „Glossar“ definiert und erläutert.

Die Abschnitte 3 „Leistungsfall – Was nun?“, 4 „Häufig gestellte Fragen“ sowie 5 „Unser Online Service“ des Dokuments „Meine Zahnversicherung – Einfach erklärt“ sind nicht Vertragsbestandteil des Versicherungsvertrages.

Innerhalb des Dokuments „Meine Zahnversicherung – Einfach erklärt“ kann es zu Verweisen kommen. Diese geben wir

- (a) mit der jeweiligen Abschnittsnummer (zum Beispiel Abschnitt 2 „Produktbeschreibung – Versicherungsbedingungen“) oder der jeweiligen Kapitelnummer (zum Beispiel Kapitel 2.2.3 „Meine Zahnversicherung – Optimum“) an.
- (b) gegebenenfalls auch als betreffenden Punkt in einem Kapitel an. Zum Beispiel Kapitel 2.2.2 „Meine Zahnversicherung – Basis“, Punkt (1) oder auch Punkt (1) a), wenn der Punkt durch Buchstaben weiter unterteilt ist.

Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

2.1 GEGENSTAND UND GELTUNGSBEREICH DES VERSICHERUNGSSCHUTZES



(1) Versicherungsvertrag

Die in diesem Dokument enthaltenen Versicherungsbedingungen regeln zusammen mit der *Versicherungsurkunde* die Rechte und Pflichten des Versicherungsvertrages. Der Versicherungsvertrag wird zwischen der Allianz Elementar Versicherungs-AG (im Folgenden „Wir“ oder die „Allianz“ genannt) und dem Versicherungsnehmer (im Folgenden als „Versicherungsnehmer“ bezeichnet) abgeschlossen.

(2) Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer ist neben der Allianz die zweite Vertragspartei des Versicherungsvertrages. Der Versicherungsnehmer ist der Käufer der Versicherung und erhält die *Versicherungsurkunde*. Dem Versicherungsnehmer obliegen damit auch die ihn aus dem Vertrag treffenden Rechte und Pflichten, wie zum Beispiel die Pflicht zur Prämienzahlung.

(3) Versicherte Person

Der Versicherungsschutz Ihrer Allianz Zahnversicherung gilt für die Person, die in der *Versicherungsurkunde* als versicherte Person angeführt ist. Die versicherte Person wird im Folgenden als „Sie“ oder als „versicherte Person“ bezeichnet. Der Versicherungsnehmer kann, muss jedoch nicht versicherte Person sein.

(4) Hauptwohnsitz

Versichert werden können nur Personen, die in Österreich ihren *Hauptwohnsitz* haben und in einer gesetzlichen Krankenversicherung oder im Rahmen eines Sozialversicherungsersatztarifes bei einem österreichischen privaten Krankenversicherer versichert sind.

(5) Örtlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz in allen gewählten Paketen gilt grundsätzlich weltweit.

(6) Beschränkungen des Versicherungsschutzes

Die Erstattung von Versicherungsleistungen erfolgt immer unter Berücksichtigung von eventuell vereinbarten Höchstsummen, Pauschalbeträgen, Jahres- oder Unterlimits. Genaue Definitionen davon finden Sie im Kapitel 2.2.1 „Allgemeine Regelungen zur Leistungshöhe“.

(7) Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor Bezahlung der ersten Prämie und nicht vor dem in der *Versicherungs-urkunde* bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Wird die *Versicherungs-urkunde* nach diesem Zeitpunkt ausgehändigt, die Prämie sodann aber binnen 14 Tagen bezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz mit dem in der *Versicherungs-urkunde* bezeichneten Zeitpunkt. Der Versicherungsschutz endet – auch für noch nicht abgeschlossene *Heilbehandlungen* – mit der Beendigung des Versicherungsvertrages.

(8) Wartezeiten

Es bestehen keine Wartezeiten.

(9) Erklärungen von Vertragsparteien und versicherten Personen

a) Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person sind an uns in geschriebener Form abzugeben. Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Brief, Fax oder E-Mail). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Die Formerfordernisse für Rücktritts-erklärungen sind der Belehrung über das jeweilige Rücktrittsrecht in der *Versicherungsurkunde* zu entnehmen. Die dort angeführte Form ist maßgeblich.

b) Die qualifizierte elektronische Signatur gemäß § 4 Signatur- und Vertrauensdienstegesetz (SVG) ist der eigenhändigen Unterschrift gleichgestellt.



Deckungsumfang der Pakete

Wir bieten zwei Pakete für die Zahnversicherung an, die sich nach Ihrem Versicherungsschutz unterscheiden.

2.2 DECKUNGSUMFANG DER PAKETE

Nachfolgend finden Sie eine tabellarische Übersicht über den Versicherungsschutz der unterschiedlichen Pakete. Art und Umfang Ihres konkreten Versicherungsschutzes ergeben sich aus der *Versicherungsurkunde*, den gegenständlichen Versicherungsbedingungen und aus dem gewählten Produktpaket.

Übersicht Deckungsschutz

	BASIS	OPTIMUM
Zahnvorsorge <ul style="list-style-type: none">• zahnprophylaktische Behandlungen z.B. Mundhygiene	●	●
Zahnerhalt <ul style="list-style-type: none">• konservierend z.B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Inlays• die Behandlung von Mund- und Kieferkrankheiten z.B. Parodontitis• ambulante zahnchirurgische, kieferchirurgische und kieferorthopädische Operationen z.B. Wurzelspitzenresektion	●	●
Schientherapie <ul style="list-style-type: none">• z.B. Knirschschielen, Aufbissbehelfe inkl. Funktionsanalyse	●	●
Kieferregulierung <ul style="list-style-type: none">• <i>Zahnspange</i> zur Korrektur von nicht operativen Zahnfehlstellungen ab <i>IOTN</i>-Stufe 3	●	●
Zahnersatz <ul style="list-style-type: none">• z.B. Kronen, Stiftzähne, Brücken, Implantate, etc.		●

2.2.1 Allgemeine Regelungen zur Leistungshöhe

(1) Jahreslimit

Für die Zahnversicherungs-Pakete Basis und Optimum gibt es jeweils unterschiedlich hohe Jahreslimits pro Kalenderjahr. Dieses Jahreslimit setzt sich aus den unter 2.2.1 (2) definierten jährlichen Unterlimits zusammen. Ist das Jahreslimit für ein Kalenderjahr erschöpft, können keine weiteren Versicherungsleistungen für dieses Kalenderjahr erstattet werden. Die Versicherungsleistungen werden anhand des Behandlungsdatums einem Kalenderjahr zugeordnet. Das jeweilige Jahreslimit steht für das gesamte Kalenderjahr in voller Höhe zur Verfügung, unabhängig vom Zeitpunkt des Versicherungsbeginns innerhalb dieses Kalenderjahres (keine Aliquotierung).

(2) Jährliche Unterlimits

a) Die Unterlimits von zwei Leistungspositionen (*Zahnerhaltbehandlungen* oder *Zahnersatzbehandlungen*) wachsen in den ersten 5 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn in zwei Schritten an. Die erste Erhöhung erfolgt mit Beginn des 3. Kalenderjahres, die zweite Erhöhung erfolgt mit Beginn des 5. Kalenderjahres nach Versicherungsbeginn.

Konkret heißt das:

- Im ersten Kalenderjahr (auch wenn es ein Rumpfsjahr ist, also z.B. Beginn mit 1. August) und im 2. Kalenderjahr gelten die in der *Versicherungsurkunde* angeführten Unterlimits der ersten beiden Kalenderjahre Ihrer Versicherung.
- Im dritten und im vierten Kalenderjahr gelten die in der *Versicherungsurkunde* angeführten Unterlimits der Kalenderjahre 3 und 4.
- Ab dem 5. Kalenderjahr gelten die in der *Versicherungsurkunde* angeführten Unterlimits ab Kalenderjahr 5.

Diese ansteigenden Leistungen (ansteigende Unterlimits) gibt es bei folgenden Leistungspositionen:

- Paket Basis: bei der Leistungsposition *Zahnerhaltbehandlungen*.
- Paket Optimum: bei der Leistungsposition *Zahnersatzbehandlungen*.

b) Wechseln Sie innerhalb eines Kalenderjahres das Versicherungspaket, werden bereits erbrachte Leistungen aus dem bisherigen Paket auf das Jahreslimit und die Unterlimits des neuen Pakets angerechnet.

c) Bei einem Wechsel vom Paket Optimum in das Paket Basis beginnt das Unterlimit (gemäß Kapitel 2.2.1 (2) a)) für die Leistungsposition *Zahnerhaltbehandlungen* neu zu laufen. Als „erstes Kalenderjahr“ gilt in diesem Fall das Kalenderjahr, in dem der Wechsel in das Paket Basis wirksam wird.

d) Alle anderen Unterlimits (z.B. Zahnvorsorge oder Zahnregulierung) stehen bereits ab dem ersten Kalenderjahr in der vollen in der *Versicherungsurkunde* genannten Höhe zur Verfügung und werden während der Vertragslaufzeit jährlich wertangepasst.

(3) Kostenerstattung

Unter Berücksichtigung des Jahreslimits und der jeweiligen Unterlimits aller Leistungspositionen erfolgt die Erstattung von Versicherungsleistungen wie folgt:

a) Sofern die gesetzliche Krankenversicherung eine Teilerstattung des Rechnungsbetrages geleistet hat, erstatten wir 100% des verbleibenden Restbetrages. Der Erstattungsnachweis (z.B. Kontoauszug oder Bescheid der gesetzlichen Krankenversicherung) ist uns vorzulegen.

b) Hat die gesetzliche Krankenversicherung keine Erstattung geleistet erstatten wir 90% des Rechnungsbetrages. Der Erstattungsnachweis (diesfalls die Ablehnung) der gesetzlichen Krankenversicherung ist uns vorzulegen. Abweichend davon leisten wir für Maßnahmen der Zahnvorsorge (z.B. Mundhygiene) eine Erstattung von 100%, auch wenn die gesetzliche Krankenversicherung keine Kosten übernimmt. Handelt es sich um eine generell nicht erstattungsfähige Leistung laut dem aktuell gültigen Tarif einer gesetzlichen Krankenversicherung, muss kein Erstattungsnachweis vorgelegt werden.

c) gilt für Nicht-Sozialversicherte und Grenzgänger: Wird die gesetzliche Krankenversicherung mittels Sozialversicherungersatztarif bei einem österreichischen Krankenversicherer privat abgedeckt, ist die Rechnung zuerst dort einzureichen.

Sofern eine Teilerstattung durch den privaten Versicherer erfolgt, erstatten wir 100% des verbleibenden Restbetrages. Der Erstattungsnachweis des privaten Versicherers ist uns vorzulegen. Hat der private Versicherer keine Erstattung geleistet, erstatten wir 90% des Rechnungsbetrages. Der Erstattungsnachweis (diesfalls die Ablehnung) des privaten Versicherers ist uns vorzulegen.

2.2.2 Meine Zahnversicherung – Basis

Was ist versichert?

- (1)** Die versicherte Person hat im *Versicherungsfall* Anspruch auf Versicherungsschutz. Ihr konkreter Versicherungsschutz ist festgelegt durch die *Versicherungsurkunde* und die anwendbaren Versicherungsbedingungen des Abschnitts 2.2.2 sowie des Abschnitts 6 „Anhänge“ des vorliegenden Dokuments „Meine Zahnversicherung – Einfach erklärt“.
- (2)** Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Leistungen, die in einer niedergelassenen Ordination oder in einer unter ärztlicher Leitung stehenden Krankenanstalt (z.B. Zahnambulatorium) erbracht werden. Die operativen Leistungen sind dabei auf ambulante oder *tagesklinische Eingriffe* beschränkt, die den **OP-Gruppen 1 bis 3** entsprechen. Die Einstufung von Operationen erfolgt gemäß dem zuletzt mit der Wiener Ärztekammer vereinbarten Operationsgruppenschema. **Ein stationärer Aufenthalt mit Übernachtung ist vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.**
- (3)** Unbeschadet der Bestimmungen in Punkt (2) erstreckt sich der Versicherungsschutz auf versicherte Leistungen, die erbracht werden von:

- a)** zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Zahnärzten oder Fachärzten für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde;
- b)** Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, sofern die Behandlung in deren fachlichen Tätigkeitsbereich fällt;
- c)** zahnärztlichem Assistenzpersonal (z.B. Prophylaxe-Assistenten), sofern diese Leistungen (insbesondere Mundhygiene/Zahnreinigung) unter der Aufsicht und Verantwortung einer der unter a) oder b) genannten Personen durchgeführt werden;

d) im Ausland zur Ausübung der Zahnheilkunde berechtigten Personen, sofern diese über eine Qualifikation verfügen, die mit den Anforderungen der österreichischen Gesetzgebung vergleichbar ist;

e) Kieferorthopädische Leistungen (Zahn- und Kieferregulierungen) werden nur dann erstattet, wenn sie durch die unter a) genannten Personen erbracht werden, die zur Führung der Zusatzbezeichnung „*Kieferorthopädie*“ oder einer entsprechenden Qualifikation gemäß den Richtlinien der Österreichischen Zahnärztekammer berechtigt sind;

f) Fachärzten für Radiologie, sofern die Leistungen (z.B. CT, DVT) der Diagnostik oder *Behandlungsplanung* für die unter Punkt (6) und (7) genannten Leistungen dienen;

g) Fachärzten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, sofern eine Schmerzausschaltung (z.B. Vollnarkose, Sedierung) aufgrund der Art des Eingriffs oder bei nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit (z.B. bei Vorliegen eines fachärztlichen Attests über eine ausgeprägte Zahnbehandlungsphobie) erforderlich ist.

(4) Unter Versicherungsschutz stehen Leistungen für medizinisch notwendige *ambulante Heilbehandlungen* der Zähne, des Zahnhalteapparates, des Zahnfleisches, der Mundschleimhaut sowie des Kiefers aufgrund von *Krankheit* oder *Unfallfolgen*, sofern diese dem Zahnerhalt dienen. Darüber hinaus erstreckt sich der Versicherungsschutz auf definierte Zahnvorsorgebehandlungen (z.B. Mundhygiene) sowie medizinisch notwendige Zahn- und Kieferregulierungen. Leistungen für *Zahnersatz* sind in diesem Paket nicht mitversichert. Ihren konkreten Versicherungsschutz, also die im Rahmen dieses Paketes versicherten Leistungen, entnehmen Sie bitte den folgenden Punkten (5) bis (7).

(5) Zahnvorsorgebehandlungen (Zahnprophylaxe)

Die Erstattung für sämtliche im Rahmen der Zahnvorsorgebehandlungen (Punkt (5)) genannten Vorsorgeleistungen erfolgt bis zu dem in der *Versicherungsurkunde* ausgewiesenen Unterlimit pro Kalenderjahr.

a) Professionelle Mundhygiene und Zahnreinigung: Hierzu zählen insbesondere das Entfernen von harten und weichen Zahnbelägen (z.B. Zahnstein, Plaque), die Reinigung der Zahnzwischenräume, Kariesprophylaxe, die Politur sowie die Fluoridierung der Zähne. Dies gilt sowohl für natürliche Zähne als auch für fixen oder herausnehmbaren *Zahnersatz*.

b) Zahnaufhellung (Bleaching): Die Kosten für die Aufhellung von Zähnen durch Anwendung von Bleichmitteln werden übernommen, sofern die Behandlung als zahnärztliche Leistung durch eine der in Punkt (3) genannten fachlich qualifizierten Personen in der Ordination oder im Ambulatorium durchgeführt wird („In-Office-Bleaching“).

c) Fissurenversiegelung: Die Versiegelung von kariesfreien Grübchen und Fissuren der Kauflächen.

d) Sportschutzschienen: Die Kosten für die zahnärztliche Anpassung und Herstellung einer individuellen Sportschutzschiene zur Vermeidung von Zahn- und Kieferverletzungen.

(6) Zahnerhaltbehandlungen

Die Erstattung für sämtliche im Rahmen der *Zahnerhaltbehandlungen* (Punkt (6)) genannten medizinisch notwendigen Leistungen erfolgt bis zu dem in der *Versicherungsurkunde* ausgewiesenen Unterlimit pro Kalenderjahr.

a) Konservierende Zahnbehandlungen:

- Füllungstherapie: Hochwertige plastische Füllungen (z.B. Komposit- oder Kunststofffüllungen) inklusive der dafür erforderlichen *Materialien*.
- Einlagefüllungen (Inlays, Onlays, Overlays): Hochwertige, laborgefertigte Restaurationen zur Wiederherstellung der Zahnschubstanz (aus Keramik, Gold oder Kunststoff), sofern diese keine Teilkrone oder Krone darstellen.
- Endodontie: Wurzelbehandlungen, Wurzelkanalbehandlungen sowie damit verbundene Maßnahmen (z.B. elektrometrische Längenbestimmung).
- Provisorien: Die Versorgung mit provisorischen Füllungen oder Schutzkappen während einer laufenden *Zahnerhaltbehandlung*.

b) Behandlung von Mund- und Kieferkrankheiten:

- Behandlung von *Erkrankungen* des Zahnhalteapparates (Parodontologie), insbesondere bei Parodontitis, Gingivitis oder Taschenabtragungen.
- Behandlung von *Erkrankungen* der Mundschleimhaut und des Kiefers (z.B. Stomatitis, Periostitis und Kiefereiterungen).

c) Operative Leistungen (OP-Gruppen 1 bis 3):

- Ambulante zahn-, kieferchirurgische oder kieferorthopädische Operationen (z.B. Zahnextraktionen, Wurzelspitzenresektionen, Exstirpation von Zysten), sofern diese gemäß Abschnitt 2.2.2 Punkt (2) den OP-Gruppen 1 bis 3 entsprechen.

d) Diagnostik, Bildgebung und Begleitleistungen:

- Zahnärztliche Kontroll- und Vorbereitungsuntersuchungen.
- Radiologische Leistungen (z.B. Panorama-Röntgen, digitale Volumentomographie DVT) im Zusammenhang mit einer versicherten Behandlung.
- Anästhesieleistungen gemäß den Voraussetzungen in Punkt (3) g.

e) Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien:

Sämtliche mit den oben genannten Leistungen (a bis d) verbundenen notwendigen *Materialien* sowie zahntechnischen Laborarbeiten (z.B. Herstellung von Schienen oder Modellen).

f) Schientherapie und Funktionsdiagnostik (CMD- und Bruxismus-Therapie):

- **Knirscherschienen (Schutzschienen):** Medizinisch notwendige Anfertigung, Anpassung und Erneuerung von Schienen zur Vermeidung von Zahnabnutzung und Kiefergelenksbeschwerden (Bruxismus-Prävention) inklusive der damit verbundenen zahntechnischen Laborarbeiten.
- **Aufbissbehelfe (Therapieschienen):** Medizinisch notwendige Aufbiss-Sperren und adjustierte Schienen zur Behandlung von Funktionsstörungen des Kausystems (z.B. CMD) oder zur Korrektur der Bisslage, die eine funktionsanalytische Vermessung des Kiefers erfordern.
- **Funktionsanalyse (FAL):** Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (z.B. Vermessung mit dem Gesichtsbogen) zur optimalen Anpassung von *Zahnersatz* oder zur erweiterten Kiefergelenksdiagnostik.

(7) Kieferregulierung (Zahnspange)

a) Bei medizinisch notwendigen Behandlungen von Zahnfehlstellungen ab *IOTN*-Stufe 3 erstatten wir die anfallenden Arzthonorare, die Kosten für die Apparaturen (*Zahnspangen*) sowie die damit verbundenen zahntechnischen Material- und Laborkosten.

b) Der Schweregrad der Fehlstellung ist mittels des *IOTN-Index* durch einen Zahnarzt, Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde oder Fachzahnarzt

für *Kieferorthopädie* festzustellen. Die *medizinische Notwendigkeit* sowie die Einstufung sind uns vor Beginn der Maßnahme durch Vorlage eines schriftlichen *Heilkostenplans* (inkl. *Behandlungsplan*) nachzuweisen.

c) Die Leistungspflicht für eine kieferorthopädische Maßnahme beginnt mit der ersten diagnostischen Leistung (z.B. Erstellung des *Heilkostenplans*) und endet spätestens 48 Monate (vier Jahre) nach diesem Zeitpunkt. Nach Ablauf dieses Zeitraums besteht kein Anspruch auf weitere Erstattungen für diese oder daraus resultierende Behandlungen (insbesondere keine über den Zeitraum von 48 Monaten hinausgehende Retentionsmaßnahmen).

d) Leistungen für kieferorthopädische Behandlungen werden pro versicherter Person insgesamt nur für eine (1) zeitlich zusammenhängende Behandlungsphase während der gesamten Versicherungsdauer erbracht.

e) Kosten für die Reparatur beschädigter Apparaturen oder die Neuanfertigung bei Verlust (Ersatz) von *Zahnspangen* oder Retainern sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Was ist nicht versichert?

(1) In Abgrenzung zu den in Punkt (2.2.2) „Was ist versichert?“ genannten Sachverhalten besteht kein Versicherungsschutz für folgende vorbestehende Zustände und Behandlungsnotwendigkeiten:

a) für vor Versicherungsbeginn eingetretene, für die versicherte Person erkennbare oder bereits diagnostizierte *Krankheiten*, angeborene Fehlbildungen, Zahn- und Kieferfehlstellungen sowie bereits eingetretene Unfälle und deren Folgen.

b) für alle Behandlungen, die bereits vor Versicherungsbeginn begonnen haben oder zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen waren.

c) für die endgültige Versorgung oder Erneuerung von bei Versicherungsbeginn lediglich provisorisch vorhandenem oder reparaturbedürftigem *Zahnersatz* und Zahnerhalt.

d) wenn bereits vor Versicherungsbeginn eine Behandlungsbedürftigkeit im Rahmen einer zahnärztlichen, kieferchirurgischen bzw. kieferorthopädischen

Beratung festgestellt wurde oder eine Behandlung ärztlich angeraten bzw. empfohlen war. Bei kieferorthopädischen Behandlungen gelten ab Erstellung eines *Heilkostenplans* oder Kostenvoranschlags alle darin genannten Maßnahmen und gleichartige Maßnahmen zur Behebung der zugrundeliegenden diagnostizierten Zahnfehlstellung als ärztlich angeraten.

(2) In Abgrenzung zu den in Punkt (2.2.2) „Was ist versichert?“ genannten Sachverhalten besteht kein Versicherungsschutz für folgende Zahnersatzbehandlungen:

a) für alle *Zahnersatz*behandlungen (inkl. Reparatur) wie insbesondere (Teil-)Kronen, Stifzähne, Brücken, Prothesen, Implantate (inkl. Suprakonstruktionen), prothetische Provisorien (ausgenommen Provisorien im Rahmen von *Zahnerhaltbehandlungen* gemäß Punkt (6) a).

b) für den *Zahnersatz* vorbereitende Maßnahmen wie z.B. Sinuslift, Knochenaufbau, Kieferkammkorrektur (Kieferaugmentation).

c) für den *Zahnersatz* vorbereitende Untersuchungen, Behandlungen und Kontrollen (z.B. radiologische Leistungen, Anästhesien, Kieferoperationen), sofern diese primär der Vorbereitung oder Ermöglichung von *Zahnersatz* (z.B. Implantaten) dienen. Die bloße Zahnextraktion bleibt davon unberührt, sofern zum Zeitpunkt der Extradktion noch keine *Zahnersatz*behandlung für diese Lücke geplant oder angeraten war.

(3) In Abgrenzung zu den in Punkt (2.2.2) „Was ist versichert?“ genannten Sachverhalten besteht kein Versicherungsschutz für folgende kosmetische Leistungen und spezifische Vorrichtungen:

a) für rein kosmetische Behandlungen. Dazu gehören insbesondere: Veneers und Zahnlückenschlüsse (sofern nicht medizinisch indiziert), Zahnschmuck (z.B. Twinkles), sowie der Austausch von funktionstüchtigen Füllungen (z.B. Amalgam gegen Komposit) ohne *medizinische Notwendigkeit* (wie z.B. nachgewiesene Materialunverträglichkeit oder Sekundärkaries, Mittel zur Eigenanwendung (z.B. Home-Bleaching-Kits, Whitening-Strips) sowie rein kosmetische Behandlungen, die nicht durch die in Punkt (3) definierten Behandler durchgeführt werden (z.B. rein ästhetische Bleaching-Studios).

Davon ausgenommen ist die Zahnaufhellung (Bleaching) unter den in Kapitel „Was ist versichert?“, Punkt (5) b genannten Voraussetzungen.

b) für Schnarcherschienen (Unterkieferprotrusionsschienen, Schlafapnoe-Schienen) sowie alle sonstigen Vorrichtungen zur Behandlung von Schnarchen oder schlafbezogenen Atmungsstörungen.

(4) In Abgrenzung zu den in Punkt (2.2.2) „Was ist versichert?“ genannten Sachverhalten besteht weiters kein Versicherungsschutz

a) für Schäden oder Folgen, die auf den missbräuchlichen Genuss von Alkohol, Medikamenten oder Suchtgiften durch die versicherte Person zurückzuführen sind.

b) für Schäden oder Folgen, die auf eine vorsätzliche Herbeiführung oder einen Selbsttötungsversuch durch die versicherte Person zurückzuführen sind.

c) für Behandlungen während einer behördlich oder gerichtlich angeordneten Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung.

d) für Schäden oder Folgen, die auf aktive Beteiligung an Unruhen, schuldhaftes Beteiligung an Schlägereien oder Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, durch die versicherte Person zurückzuführen sind.

e) für Schäden oder Folgen, die auf Kriegereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzung, zurückzuführen sind.

(5) Nicht versichert sind stationäre Heilbehandlungen mit Übernachtung in Krankenanstalten sowie sämtliche damit verbundenen Unterbringungs- und Verpflegungskosten (Sonderklasseleistungen). Der Versicherungsschutz beschränkt sich gemäß Punkt (2.2.2) ausschließlich auf ambulante und *tagesklinische* Leistungen.

2.2.3 Meine Zahnversicherung – Optimum

Was ist versichert?

(1) Die versicherte Person hat im *Versicherungsfall* Anspruch auf Versicherungsschutz. Ihr konkreter Versicherungsschutz ist festgelegt durch die *Versicherungs-urkunde* und die anwendbaren Versicherungsbedingungen des Abschnitts 2.2.3 sowie des Abschnitts 6 „Anhänge“ des vorliegenden Dokuments „Meine Zahnversicherung – Einfach erklärt“.

(2) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Leistungen, die in einer niedergelassenen Ordination oder in einer unter ärztlicher Leitung stehenden Krankenanstalt (z.B. Zahnambulatorium) erbracht werden. Die operativen Leistungen sind dabei auf ambulante oder *tagesklinische Eingriffe* beschränkt, die den **OP-Gruppen 1 bis 3** entsprechen. Die Einstufung von Operationen erfolgt gemäß dem zuletzt mit der Wiener Ärztekammer vereinbarten Operationsgruppenschema. **Ein stationärer Aufenthalt mit Übernachtung ist vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.**

(3) Unbeschadet der Bestimmungen in Punkt (2) erstreckt sich der Versicherungsschutz auf versicherte Leistungen, die erbracht werden von:

a) zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Zahnärzten oder Fachärzten für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde;

b) Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, sofern die Behandlung in deren fachlichen Tätigkeitsbereich fällt;

c) zahnärztlichem Assistenzpersonal (z.B. Prophylaxeassistenten), sofern diese Leistungen (insbesondere Mundhygiene/Zahnreinigung) unter der Aufsicht und Verantwortung einer der unter a) oder b) genannten Personen durchgeführt werden;

d) im Ausland zur Ausübung der Zahnheilkunde berechtigten Personen, sofern diese über eine Qualifikation verfügen, die mit den Anforderungen der österreichischen Gesetzgebung vergleichbar ist;

e) Kieferorthopädische Leistungen (Zahn- und Kieferregulierungen) werden nur dann erstattet, wenn sie durch die unter a) genannten Personen erbracht werden, die zur Führung der Zusatzbezeichnung „Kieferorthopädie“ oder einer entsprechenden Qualifikation gemäß den Richtlinien der Österreichischen Zahnärztekammer berechtigt sind;

f) Fachärzten für Radiologie, sofern die Leistungen (z.B. CT, DVT) der Diagnostik oder *Behandlungsplanung* für die unter Punkt (6) bis (8) genannten Leistungen dienen;

g) Fachärzten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, sofern eine Schmerzausschaltung (z.B. Vollnarkose, Sedierung) aufgrund der Art des Eingriffs oder bei nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit (z.B. bei Vorliegen eines fachärztlichen Attests über eine ausgeprägte Zahnbehandlungsphobie) erforderlich ist.

(4) Unter Versicherungsschutz stehen Leistungen für medizinisch notwendige *ambulante Heilbehandlungen* der Zähne, des Zahnhalteapparates, des Zahnfleisches, der Mundschleimhaut sowie des Kiefers aufgrund von *Krankheit* oder *Unfallfolgen*, sofern diese dem *Zahnerhalt* oder *Zahnersatz* dienen. Darüber hinaus erstreckt sich der Versicherungsschutz auf definierte Zahnvorsorgebehandlungen (z.B. Mundhygiene) sowie medizinisch notwendige Zahn- und Kieferregulierungen. Ihren konkreten Versicherungsschutz, also die im Rahmen dieses Paketes versicherten Leistungen, entnehmen Sie bitte den folgenden Punkten (5) bis (8).

(5) Zahnvorsorgebehandlungen (Zahnprophylaxe)

Die Erstattung für sämtliche im Rahmen der Zahnvorsorgebehandlungen (Punkt (5)) genannten Vorsorgeleistungen erfolgt bis zu dem in der *Versicherungsurkunde* ausgewiesenen Unterlimit pro Kalenderjahr.

a) Professionelle Mundhygiene und Zahnreinigung: Hierzu zählen insbesondere das Entfernen von harten und weichen Zahnbelägen (z.B. Zahnstein, Plaque), die Reinigung der Zahnzwischenräume, Kariesprophylaxe, die Politur sowie die Fluoridierung der Zähne. Dies gilt sowohl für natürliche Zähne als auch für fixen oder herausnehmbaren *Zahnersatz*.

b) Zahnaufhellung (Bleaching): Die Kosten für die Aufhellung von Zähnen durch Anwendung von Bleichmitteln werden übernommen, sofern die Behandlung als zahnärztliche Leistung durch eine der in Punkt (3) genannten fachlich

qualifizierten Personen in der Ordination oder im Ambulatorium durchgeführt wird („In-Office-Bleaching“).

c) Fissurenversiegelung: Die Versiegelung von kariesfreien Grübchen und Fissuren der Kauflächen.

d) Sportschutzschienen: Die Kosten für die zahnärztliche Anpassung und Herstellung einer individuellen Sportschutzschiene zur Vermeidung von Zahn- und Kieferverletzungen.

(6) Zahnerhaltbehandlungen

Die Erstattung für sämtliche im Rahmen der *Zahnerhaltbehandlungen* (Punkt (6)) genannten medizinisch notwendigen Leistungen erfolgt bis zu dem in der *Versicherungsurkunde* ausgewiesenen Unterlimit pro Kalenderjahr.

a) Konservierende Zahnbehandlungen:

- Füllungstherapie: Hochwertige plastische Füllungen (z.B. Komposit- oder Kunststofffüllungen) inklusive der dafür erforderlichen *Materialien*.
- Einlagefüllungen (Inlays, Onlays, Overlays): Hochwertige, laborgefertigte Restaurationen zur Wiederherstellung der Zahnschubstanz (aus Keramik, Gold oder Kunststoff), sofern diese keine Teilkrone oder Krone darstellen.
- Endodontie: Wurzelbehandlungen, Wurzelkanalbehandlungen sowie damit verbundene Maßnahmen (z.B. elektrometrische Längenbestimmung).
- Provisorien: Die Versorgung mit provisorischen Füllungen oder Schutzkappen während einer laufenden Zahnerhaltbehandlung.

b) Behandlung von Mund- und Kieferkrankheiten:

- Behandlung von *Erkrankungen* des Zahnhalteapparates (Parodontologie), insbesondere bei Parodontitis, Gingivitis oder Taschenabtragungen.
- Behandlung von *Erkrankungen* der Mundschleimhaut und des Kiefers (z.B. Stomatitis, Periostitis und Kiefereiterungen).

c) Operative Leistungen (OP-Gruppen 1 bis 3):

- Ambulante zahn-, kieferchirurgische oder kieferorthopädische Operationen (z.B. Zahnextraktionen, Wurzelspitzenresektionen, Exstirpation von Zysten), sofern diese gemäß Abschnitt 2.2.3, Punkt (2) den OP-Gruppen 1 bis 3 entsprechen.

d) Diagnostik, Bildgebung und Begleitleistungen:

- Zahnärztliche Kontroll- und Vorbereitungsuntersuchungen.
- Radiologische Leistungen (z.B. Panorama-Röntgen, digitale Volumentomographie DVT) im Zusammenhang mit einer versicherten Behandlung.
- Anästhesieleistungen gemäß den Voraussetzungen in Punkt (3) g.

e) Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien:

Sämtliche mit den oben genannten Leistungen (a bis d) verbundenen notwendigen *Materialien* sowie zahntechnischen Laborarbeiten (z.B. Herstellung von Schienen oder Modellen).

f) Schienentherapie und Funktionsdiagnostik (CMD- und Bruxismus-Therapie):

- **Knirscherschienen (Schutzschienen):** Medizinisch notwendige Anfertigung, Anpassung und Erneuerung von Schienen zur Vermeidung von Zahnabnutzung und Kiefergelenksbeschwerden (Bruxismus-Prävention) inklusive der damit verbundenen zahntechnischen Laborarbeiten.
- **Aufbissbehelfe (Therapieschienen):** Medizinisch notwendige Aufbiss-Sperren und adjustierte Schienen zur Behandlung von Funktionsstörungen des Kausystems (z.B. CMD) oder zur Korrektur der Bisslage, die eine funktionsanalytische Vermessung des Kiefers erfordern.
- **Funktionsanalyse (FAL):** Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (z.B. Vermessung mit dem Gesichtsbogen) zur optimalen Anpassung von *Zahnersatz* oder zur erweiterten Kiefergelenksdiagnostik.

(7) Kieferregulierung (Zahnspange)

a) Bei medizinisch notwendigen Behandlungen von Zahnfehlstellungen ab *IOTN-Stufe 3* erstatten wir die anfallenden Arzthonorare, die Kosten für die Apparaturen (*Zahnspangen*) sowie die damit verbundenen zahntechnischen Material- und Laborkosten.

b) Der Schweregrad der Fehlstellung ist mittels des *IOTN-Index* durch einen Zahnarzt, Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde oder Fachzahnarzt für *Kieferorthopädie* festzustellen. Die *medizinische Notwendigkeit* sowie die Einstufung sind uns vor Beginn der Maßnahme durch Vorlage eines schriftlichen *Heilkostenplans* (inkl. *Behandlungsplan*) nachzuweisen.

c) Die Leistungspflicht für eine kieferorthopädische Maßnahme beginnt mit der ersten diagnostischen Leistung (z.B. Erstellung des *Heilkostenplans*) und endet spätestens 48 Monate (vier Jahre) nach diesem Zeitpunkt. Nach Ablauf dieses Zeitraums besteht kein Anspruch auf weitere Erstattungen für diese oder daraus resultierende Behandlungen (insbesondere keine über den Zeitraum von 48 Monaten hinausgehende Retentionsmaßnahmen).

d) Leistungen für kieferorthopädische Behandlungen werden pro versicherter Person insgesamt nur für eine (1) zeitlich zusammenhängende Behandlungsphase während der gesamten Versicherungsdauer erbracht.

e) Kosten für die Reparatur beschädigter Apparaturen oder die Neuanfertigung bei Verlust (Ersatz) von *Zahnspangen* oder Retainern sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

(8) Zahnersatzbehandlungen

Die Erstattung für sämtliche im Rahmen der *Zahnersatzbehandlungen* (Punkt (8)) genannten medizinisch notwendigen Leistungen erfolgt bis zu dem in der *Versicherungsurkunde* ausgewiesenen Unterlimit pro Kalenderjahr.

a) Festsitzender und herausnehmbarer Zahnersatz:

- **Kronen und Brücken:** Inklusive keramisch verblendeter Ausführungen, Teilkronen und Stiftzähne.
- **Prothesen:** Teil- und Vollprothesen sowie deren Anpassung und Unterfütterung.
- **Provisorien:** Prothetische Provisorien zur Überbrückung bis zur endgültigen Versorgung.

b) Implantologische Leistungen:

- **Implantate:** Das Einsetzen von künstlichen Zahnwurzeln sowie die damit verbundenen operativen Leistungen.
- **Suprakonstruktionen:** Der auf Implantaten befestigte *Zahnersatz* (z.B. Implantat-Kronen).
- **Knochenaufbau (Augmentation):** Alle für den *Zahnersatz* vorbereitenden operativen Maßnahmen am Kieferknochen, wie z.B. Sinuslift, Kieferkammkorrekturen oder Knochenersatzmaterialien.

c) Diagnostik, Bildgebung und Begleitleistungen:

- Zahnärztliche Kontroll- und Vorbereitungsuntersuchungen.
- Radiologische Leistungen (z.B. Panorama-Röntgen, digitale Volumentomographie DVT) im Zusammenhang mit einer versicherten Behandlung.
- Anästhesieleistungen gemäß den Voraussetzungen in Punkt (3) g.

d) Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien:

Sämtliche mit den unter (a) bis (d) genannten Leistungen verbundenen notwendigen *Materialien* sowie zahntechnischen Laborarbeiten (z.B. Fräskosten für Keramik, Edelmetallkosten).

e) Reparatur und Ersatz:

Die Kosten für die Instandsetzung (Reparatur) sowie die Neuanfertigung (Ersatz) von vorhandenem dauerhaftem *Zahnersatz*.

Was ist nicht versichert?**(1) In Abgrenzung zu den in Punkt (2.2.3) „Was ist versichert?“ genannten Sachverhalten besteht kein Versicherungsschutz für folgende vorbestehende Zustände und Behandlungsnotwendigkeiten:**

- a)** für vor Versicherungsbeginn eingetretene, für die versicherte Person erkennbare oder bereits diagnostizierte *Krankheiten*, angeborene Fehlbildungen, Zahn- und Kieferfehlstellungen sowie bereits eingetretene Unfälle und deren Folgen.
- b)** für alle Behandlungen, die bereits vor Versicherungsbeginn begonnen haben oder zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen waren.
- c)** für die endgültige Versorgung oder Erneuerung von bei Versicherungsbeginn lediglich provisorisch vorhandenem oder reparaturbedürftigem *Zahnersatz* und Zahnerhalt.
- d)** wenn bereits vor Versicherungsbeginn eine Behandlungsbedürftigkeit im Rahmen einer zahnärztlichen, kieferchirurgischen bzw. kieferorthopädischen Beratung festgestellt wurde oder eine Behandlung ärztlich angeraten bzw. empfohlen war. Bei kieferorthopädischen Behandlungen gelten ab Erstellung eines *Heilkostenplans* oder Kostenvoranschlags alle darin genannten Maßnahmen und gleichartige Maßnahmen zur Behebung der zugrundeliegenden diagnostizierten Zahnfehlstellung als ärztlich angeraten.
- e)** für *Zahnersatz*maßnahmen zu Zähnen, die bei Versicherungsbeginn (teilweise oder zur Gänze) gefehlt haben und nicht zur Gänze dauerhaft ersetzt waren.

(2) In Abgrenzung zu den in Punkt (2.2.3) „Was ist versichert?“ genannten Sachverhalten besteht kein Versicherungsschutz für folgende kosmetische Leistungen und spezifische Vorrichtungen:

- a)** für rein kosmetische Behandlungen. Dazu gehören insbesondere: Veneers und Zahnlückenschlüsse (sofern nicht medizinisch indiziert), Zahnschmuck (z.B. Twinkles), sowie der Austausch von funktionstüchtigen Füllungen (z.B. Amalgam gegen Komposit) ohne *medizinische Notwendigkeit* (wie z.B. nachgewiesene Materialunverträglichkeit oder Sekundärkaries), Mittel zur Eigenanwendung (z.B. Home-Bleaching-Kits, Whitening-Strips) sowie rein kosmetische Behandlungen, die nicht durch die in Punkt (3) definierten Behandler durchgeführt werden

(z.B. rein ästhetische Bleaching-Studios). Davon ausgenommen ist die Zahnaufhellung (Bleaching) unter den in Kapitel „Was ist versichert?“, Punkt (5) b genannten Voraussetzungen.

b) für Schnarcherschienen (Unterkieferprotrusionsschienen, Schlafapnoe-Schienen) sowie alle sonstigen Vorrichtungen zur Behandlung von Schnarchen oder schlafbezogenen Atmungsstörungen.

(3) In Abgrenzung zu den in Punkt (2.2.3) „Was ist versichert?“ genannten Sachverhalten besteht weiters kein Versicherungsschutz

a) für Schäden oder Folgen, die auf den missbräuchlichen Genuss von Alkohol, Medikamenten oder Suchtgiften durch die versicherte Person zurückzuführen sind.

b) für Schäden oder Folgen, die auf eine vorsätzliche Herbeiführung oder einen Selbsttötungsversuch durch die versicherte Person zurückzuführen sind.

c) für Behandlungen während einer behördlich oder gerichtlich angeordneten Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung.

d) für Schäden oder Folgen, die auf aktive Beteiligung an Unruhen, schuldhaftes Beteiligung an Schlägereien oder Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, durch die versicherte Person zurückzuführen sind.

e) für Schäden oder Folgen, die auf Kriegereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzung, zurückzuführen sind.

(4) Nicht versichert sind stationäre Heilbehandlungen mit Übernachtung in Krankenanstalten sowie sämtliche damit verbundenen Unterbringungs- und Verpflegungskosten (Sonderklasseleistungen). Der Versicherungsschutz beschränkt sich gemäß Punkt (2.2.3) ausschließlich auf ambulante und *tagesklinische* Leistungen.



Obliegenheiten und Pflichten des Versicherungs- nehmers



2.3 OBLIEGENHEITEN

2.3.1 Rund um die Prämienzahlung

(1) Prämien, Gebühren und Abgaben

a) Die Prämie ist eine Jahresprämie und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Es besteht die Möglichkeit eine unterjährige Zahlweise zu vereinbaren. Die vereinbarte Zahlweise finden Sie in der *Versicherungsurkunde*. Die Prämienraten sind am 1. eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie ist binnen 14 Tagen nach Zustellung der *Versicherungsurkunde* fällig.

b) Prämienbegünstigung: Kinderprämie

Für versicherte Kinder wird bis zum 1. Juli des Jahres, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, eine begünstigte Kinderprämie angewendet. Mit dem 1. Juli des Jahres, in dem das 19. Lebensjahr vollendet wird, wird die Prämie auf denjenigen Betrag angehoben, den das abgeschlossene Paket für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter die Versicherung abschließen. Wir werden den Versicherungsnehmer mindestens einen Monat vor Wirksamwerden der Erhöhung über die neue Prämie verständigen. Der Versicherungsnehmer hat dann die Möglichkeit, den Versicherungsvertrag hinsichtlich des versicherten Kindes zum 1. Juli des Jahres, in dem das 19. Lebensjahr vollendet wird, innerhalb einer Frist von 4 Wochen ab Empfang der Verständigung über die Prämienerrhöhung zu kündigen.

c) Die Prämien sind an die von uns zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

d) Allfällige Abgaben aus dem Versicherungsvertrag, wie zum Beispiel die Versicherungssteuer, trägt der Versicherungsnehmer.

e) Gebühren

Bestimmte Leistungen sind von der Versicherungsprämie nicht umfasst. Für diese durch den Versicherungsnehmer veranlassten Mehraufwendungen verrechnen wir angemessene Gebühren. Die jeweils aktuellen Gebühren finden Sie auf unserer Internetseite im Download Center.

(2) Zahlungsverzug und dessen Folgen

- a)** Wird die erste Prämie oder die erste Prämienrate nicht rechtzeitig geleistet (siehe Kapitel 2.1 „Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes“, Punkt (7)), so besteht kein Versicherungsschutz; weiters können wir, solange die Zahlung nicht erfolgt ist, vom Vertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.
- b)** Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate schuldhaft nicht rechtzeitig bezahlt, so können wir den Versicherungsnehmer unter Angabe der Höhe der Prämien und Kostenschuld und der Rechtsfolgen weiterer Säumnis schriftlich auffordern, die Schuld innerhalb einer Zahlungsfrist von zwei Wochen, vom Empfang der Aufforderung an gerechnet, an die von uns bezeichnete Stelle ohne Abrechnung von Überweisungsspesen zu bezahlen. Neben den in angemessener Relation zur Forderung stehenden Mahngebühren, können auch Verzugszinsen in gesetzlicher Höhe eingehoben werden, sofern der Zahlungsverzug vom Versicherungsnehmer schuldhaft verursacht wurde.
- c)** Tritt der *Versicherungsfall* nach Ablauf der Zahlungsfrist ein und ist der Versicherungsnehmer zu dieser Zeit mit der Zahlung der Prämien ganz oder teilweise im Verzug, so ist die Allianz von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war. Die vorgesehene Leistungsfreiheit tritt ein, wenn der Versicherungsnehmer mit mehr als 10% der Jahresprämie, mindestens aber EUR 60,00 im Verzug ist. Unsere Leistungspflicht lebt nach Bezahlung aller rückständigen Prämien wieder auf, jedoch besteht für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der Zahlungsfrist und vor Nachzahlung der rückständigen Prämien eingetreten sind und deren Folgen kein Anspruch auf Leistung.
- d)** Wir sind berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Frist mit der Zahlung der Prämie im Verzug ist. Die Allianz kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist den Versicherungsvertrag so kündigen, dass die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung der Prämie im Verzug ist.

- e)** Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der *Versicherungsfall* bereits eingetreten ist.

2.3.2 Bekanntgabe und Änderung des Hauptwohnsitzes

- (1)** Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben bei der Antragstellung den *Hauptwohnsitz* korrekt anzugeben.
- (2)** Ändert sich beim Versicherungsnehmer oder der versicherten Person der *Hauptwohnsitz*, sind diese dazu verpflichtet uns das innerhalb von vier Wochen in geschriebener Form mitzuteilen.
- (3)** Hat der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz gewechselt, dies aber der Allianz nicht mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Willenserklärungen der Allianz dem Versicherungsnehmer gegenüber die Zustellung des Briefes an die letzte der Allianz bekannt gegebene Anschrift.

2.3.3 Änderung oder Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherung

- (1)** Erlischt oder ändert sich das Versicherungsverhältnis in der gesetzlichen Krankenversicherung oder im Rahmen Sozialversicherungsersatztarifes bei einem österreichischen privaten Krankenversicherer, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies der Allianz innerhalb von vier Wochen in geschriebener Form mitzuteilen.
- (2)** Fällt die gesetzliche Krankenversicherung oder der Sozialversicherungsersatztarif weg, endet dieser Vertrag mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist.

2.3.4 Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person während des Bestehens des Versicherungsvertrages – Folgen der Verletzung dieser Pflichten

(1) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des *Versicherungsfalls* oder der Art und des Umfangs des Versicherungsschutzes erforderlich ist. Dies umfasst auch die Verpflichtung der versicherten Person, sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die Auskunftspflicht nach Punkt (1), so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, sofern die Verletzung vorsätzlich oder grob fahrlässig erfolgt ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung bleiben wir zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des *Versicherungsfalls* noch auf die Feststellung oder den Umfang der uns obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.

(3) Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, so ist die Allianz vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu informieren.

2.3.5 Ansprüche gegen Dritte

(1) Bestehen für einen *Versicherungsfall* neben dem Anspruch gegen die Allianz gleichartige Ansprüche gegenüber dritten Personen oder öffentlich rechtlichen oder privaten Versicherungsträgern, so gehen diese Ansprüche insoweit auf die Allianz über, als diese die Kosten ersetzt. Der Anspruchsberechtigte ist verpflichtet, diese Abtretung auf unser Verlangen schriftlich zu bestätigen.

(2) Soweit der Anspruchsberechtigte von schadenersatzpflichtigen dritten Personen oder aufgrund anderer Versicherungsverträge schon Ersatz der ihm entstandenen Kosten erhalten hat, sind wir berechtigt, den Ersatz auf unsere Leistungen anzurechnen.

(3) Die Verpflichtung der Allianz zur Leistung für Kosten, deren teilweisen Ersatz der Anspruchsberechtigte von einem öffentlich rechtlichen Versicherungsträger fordern kann, tritt erst ein, wenn letzterer die ihm obliegenden Leistungen gewährt hat.

(4) Gibt der Anspruchsberechtigte seinen Anspruch gegen Dritte oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung der Allianz auf, so wird die Allianz von der Ersatzpflicht insoweit frei, als sie aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

Auszahlung von Versicherungs- leistungen

2.4 AUSZAHLUNG VON VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

- (1)** Wir können Versicherungsleistungen nur erstatten, wenn uns entsprechende Rechnungen und der Erstattungsnachweis (bzw. eine Ablehnung) der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des österreichischen privaten Krankenversicherers übermittelt werden. Diese Belege müssen die persönlichen Daten der behandelten, versicherten Person (Vor- und Zuname, Geburtsdatum, Adresse), die *Nummer der Versicherungsurkunde* sowie Informationen zur durchgeführten Behandlung (insbesondere die Diagnose, Aufstellung der erbrachten Leistungen, Behandlungszeitraum) enthalten.
- (2)** Wir dürfen die Person, die uns Rechnungen zwecks Erstattung von Versicherungsleistungen vorlegt, als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.
- (3)** Rechnungen müssen in deutscher oder englischer Sprache vorgelegt werden. Etwaige Übersetzungskosten sind vom Versicherungsnehmer zu tragen.
- (4)** In ausländischer Währung entstandene Kosten werden in Euro ersetzt. Für die Umrechnung ist der Devisenmittelkurs der Wiener Börse des letzten im Ausland erfolgten Behandlungstages maßgeblich.
- (5)** Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne unsere Zustimmung weder verpfändet noch abgetreten werden. Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen der Allianz nur aufrechnen, wenn es sich um Gegenforderungen handelt, die im rechtlichen Zusammenhang mit seiner Forderung stehen.
- (6)** Wir sind von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem die Allianz dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem nachfolgenden Punkt (9) entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch gehemmt. Die Leistungsfreiheit tritt nicht ein, wenn der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs ohne sein Verschulden gehindert war.

(7) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren.

(8) Wurde der Allianz ein Versicherungsanspruch gemeldet, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung der Allianz gehemmt, die zumindest mit der Anführung der der Ablehnung derzeit zu Grunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach Ablauf von zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.



Was sollten Sie noch unbedingt zu Ihrem Versicherungsverhältnis wissen?

2.5 WAS SOLLTEN SIE NOCH UNBEDINGT WISSEN?

2.5.1 Beendigung des Versicherungsvertrages

(1) Kündigung durch den Versicherungsnehmer

a) Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Dauer abgeschlossen. Der Versicherungsnehmer verzichtet für die Dauer von 2 Jahren auf sein Kündigungsrecht. Das heißt, dass die Versicherung erstmals zum Ende des 3. *Versicherungsjahres* gekündigt werden kann. Nach Ablauf dieser vereinbarten Mindestvertragsdauer kann der Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden folgenden *Versicherungsjahres* gekündigt werden. Die Kündigungsfrist beträgt jeweils 3 Monate.

b) Das *Versicherungsjahr* richtet sich nach dem in der *Versicherungsurkunde* ausgewiesenen Versicherungsbeginn. Spätere Änderungen des Versicherungsvertrages (z.B. Paketwechsel) verändern den ursprünglichen Versicherungsbeginn nicht. Die Regelungen gemäß Kapitel 2.2.1 „Allgemeine Regelungen zur Leistungshöhe“ bleiben davon unberührt.

c) Die Kündigung muss in Schriftform erfolgen und an die Allianz gerichtet sein.

(2) Kündigung durch die Allianz

a) Die Allianz hat bei

- Prämienzahlungsverzug gemäß Kapitel 2.3.1 „Rund um die Prämienzahlung“, Punkt (2),
- sowie bei schuldhaftem Verhalten gemäß nachfolgendem Punkt b) ein Kündigungsrecht.

b) Wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer *Krankheit*, Versicherungsleistungen erschleicht oder zu erschleichen versucht oder bei einer solchen Handlung mitwirkt, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei und haben das Recht, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen. Das gleiche gilt, wenn die versicherte Person im *Krankheitsfall* den vom Arzt oder von uns gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leistet.

(3) Sonstige Beendigungsgründe

- a)** Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherte Person hat jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers in Schriftform abzugeben.
- b)** Beim Tod der versicherten Person endet der Versicherungsschutz aus dem Versicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person.
- c)** Der Versicherungsvertrag endet ferner
- durch Verlegung des *Hauptwohnsitzes* des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person ins Ausland, es sei denn, dass eine andere Vereinbarung getroffen wird;
 - wenn für die versicherte Person kein Versicherungsschutz mehr im Rahmen einer gesetzlichen Krankenversicherung oder eines Sozialversicherungssatztarifes bei einem österreichischen privaten Krankenversicherer besteht.

Die Bestimmungen des Punktes (3) a) gelten sinngemäß.

2.5.2 Erfüllungsort und Gerichtsstand

- (1)** Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag ist der Sitz der Allianz.
- (2)** Klagen gegen die Allianz können bei dem Gericht am Sitz der Allianz oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte. Gesetzliche Bestimmungen zur örtlichen Zuständigkeit eines Gerichts – insbesondere in Bezug auf Verbraucher – bleiben hiervon unberührt.
- (3)** Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht örtlich zuständig, in dessen Sprengel der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat oder der Ort seiner Beschäftigung liegt.

2.5.3 Wertanpassung

- (1)** Die Allianz verpflichtet sich, ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeit und ungeachtet eines eventuell verschlechterten Gesundheitszustandes der versicherten Person, den Versicherungsschutz in seinem Wert durch entsprechende Anpassungen zu erhalten und damit die dauerhafte Erfüllbarkeit des Leistungsversprechens zu gewährleisten. Änderungen der Prämien und der Versicherungsleistungen (inklusive allfälliger Selbstbehalte) im Zuge der Wertanpassung gelten daher unter Berücksichtigung des Punkt (2) auch für bestehende Versicherungsverträge.
- (2)** Entsprechend den Bestimmungen des § 178 f Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) werden als maßgebende Umstände für Änderungen der Prämie oder der Versicherungsleistungen die Veränderungen folgender Faktoren vereinbart:
1. eines in der Vereinbarung genannten Index,
 2. der durchschnittlichen Lebenserwartung,
 3. der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
 4. des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
 5. der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und
 6. des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
- (3)** Die Wertanpassung kann sowohl durch Änderung von Prämien (Erhöhung oder Reduktion) als auch durch Änderung des Versicherungsschutzes (Erhöhung oder Reduktion) erfolgen, etwa durch Einführung oder Veränderung eines Selbstbehaltes oder durch Änderungen des Leistungsumfanges.
- (4)** Die Änderung der Prämie und/oder des Versicherungsschutzes wird zum 1. des Monats wirksam, der der schriftlichen Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

2.5 WAS SOLLTEN SIE NOCH UNBEDINGT WISSEN?

(5) Der Versicherungsnehmer hat das Recht, der Änderung der Prämien und/oder des Versicherungsschutzes innerhalb eines Monats nach Empfang der Benachrichtigung über die Änderung in geschriebener Form zu widersprechen. In diesem Fall wird die Allianz dem Versicherungsnehmer die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anbieten.

(6) Der Widerspruch kann vom Versicherungsnehmer innerhalb von 3 Monaten ab dem Zeitpunkt, zu dem die Anpassung ohne dessen Widerspruch wirksam geworden wäre, zurückgezogen werden. In diesem Fall tritt die Anpassung in der ursprünglichen Form und zum ursprünglichen Zeitpunkt rückwirkend in Kraft.

(7) Die Überprüfung hinsichtlich einer Vertragsanpassung und eine gegebenenfalls erforderliche Änderung von Prämien und/oder des Versicherungsschutzes erfolgt im Regelfall einmal pro Kalenderjahr. Sollten außergewöhnliche Umstände im Hinblick auf die maßgebenden Faktoren eintreten, kann die Änderung von Prämien und/oder des Versicherungsschutzes auch mehrmals pro Kalenderjahr erfolgen.

Besondere Bestimmungen für die Pakete Basis und Optimum

(8) Es gelten alle unter Punkt (2) angeführten Umstände als Faktoren für die Wertanpassung als vereinbart. Als Index für die Anpassung der vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen wird der von der Statistik Austria bekanntgegebene Verbraucherpreisindex VPI 2015 vereinbart. Basis ist die Veränderung des für Juli verlautbarten VPI zum Juli-Index des Vorjahres. Wird der Verbraucherpreisindex nicht mehr verlautbart oder dessen Basis grundlegend verändert, wird ein vergleichbarer Index herangezogen, der dem Zweck der Vertragsvereinbarung am nächsten kommt.

2.5 WAS SOLLTEN SIE NOCH UNBEDINGT WISSEN?



Glossar

In diesem Kapitel werden die in den Versicherungsbedingungen *kursiv* geschriebenen Begriffe definiert. Diese Definitionen sind für die Auslegung des Versicherungsschutzes maßgeblich.

2.6 GLOSSAR

A

Abnehmbare Zahnsperre

Ein kieferorthopädisches Gerät, das vom Patienten selbst zur Reinigung oder während des Essens aus dem Mund genommen werden kann (z.B. Plattenapparaturen oder Aligner-Schienen).

Ambulante Heilbehandlung

Eine ambulante *Heilbehandlung* ist die Untersuchung, Behandlung oder Kontrolle durch einen Zahnarzt in dessen niedergelassener Ordination (Einzelpraxis, Gruppenpraxis) oder einem selbstständigen Ambulatorium oder in der Ambulanz eines Krankenhauses und erfordert keine stationäre Aufnahme (Übernachtung).

F

Festsitzende Zahnsperre

Kieferorthopädische Apparatur, die fest auf den Zähnen verankert wird (z.B. Brackets mit Bögen) und für die Dauer der Behandlung nicht vom Patienten selbst entfernt werden kann.

H

Hauptwohnsitz

Der *Hauptwohnsitz* einer Person ist dort begründet, wo sie sich in der erweislichen oder aus den Umständen hervorgehenden Absicht niedergelassen hat, diesen zum Mittelpunkt ihrer Lebensbeziehungen zu machen. Trifft diese sachliche Voraussetzung bei einer Gesamtbetrachtung der beruflichen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Lebensbeziehungen einer Person auf mehrere Wohnsitze zu, so hat sie jenen als Hauptwohnsitz zu bezeichnen, zu dem sie das überwiegende Naheverhältnis hat. Maßgeblich für den Nachweis gegenüber der Allianz ist im Zweifel die aufrechte Meldung im österreichischen **Zentralen Melderegister (ZMR)**, soweit sich aus den Umständen nichts anderes ergibt.

Heilbehandlung

Heilbehandlung ist die medizinische Behandlung einer *Krankheit* oder *Unfallverletzung*, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft geeignet erscheint, die Gesundheit wieder herzustellen (Heilung),

den Zustand zu bessern (Besserung) oder eine Verschlechterung zu verhindern (Linderung). Zur *Heilbehandlung* zählen auch diagnostische Maßnahmen, wenn sie erforderlich sind, um eine endgültige Diagnose zu stellen.

Heilkostenplan / Behandlungsplan

Eine schriftliche Zusammenstellung der geplanten zahnärztlichen oder kieferorthopädischen Maßnahmen inklusive einer Kostenschätzung für Honorare, *Materialien* und Laborarbeiten.

Hochwertige Füllungsmaterialien

Darunter sind zahnfarbene, plastische *Materialien* zu verstehen, die direkt im Mund des Patienten verarbeitet werden und nach der Aushärtung eine hohe Stabilität und Ästhetik aufweisen. Dazu zählen insbesondere **Komposite** (dentinadhäsive Kunststofffüllungen) und **Kompomere**. Im Gegensatz zu laborgefertigten Werkstücken (*Inlays*) werden diese *Materialien* vom Zahnarzt unmittelbar in den vorbereiteten Zahn eingebracht.

I

IOTN-Einstufung

Der *IOTN* (Index der kieferorthopädischen Behandlungsnotwendigkeit) ist ein Klassifikationssystem zur Feststellung von Zahn- und Kieferfehlstellungen, welches zur Beurteilung einer kieferorthopädischen Behandlungsnotwendigkeit eingesetzt wird. In Österreich ist eine eigenständige Variante des *IOTN* zwischen Österreichischer Zahnärztekammer und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger geschaffen worden. Die Bewertung durch österreichische Kieferorthopäden erfolgt nach dieser gemeinsamen Festlegung.

K

Kieferorthopädie (KFO)

Teilgebiet der Zahnheilkunde, das sich mit der Verhütung, Erkennung und Behandlung von Fehlstellungen der Zähne und der Kiefer befasst (*Zahn- und Kieferregulierung*).

Kontrolluntersuchung

Kontrolluntersuchungen dienen der Nachsorge und Verlaufskontrolle für bestehende bzw. durchgemachte *Erkrankungen*. Darüber hinaus werden *Kontrolluntersuchungen* durchgeführt, um das Fortschreiten einer *Erkrankung* oder einen Rückfall möglichst frühzeitig zu bemerken und entgegenzuwirken.

Krankheit bzw. Erkrankung

Eine *Krankheit* bzw. *Erkrankung* im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft regelwidriger körperlicher, seelischer oder geistiger Zustand, der eine medizinische Behandlung notwendig macht und gemäß der letztgültigen von der WHO herausgegebenen Internationalen statistischen Klassifikation der *Krankheiten* (ICD) klassifiziert werden kann.

M**Materialien (Zahnärztliche Materialien)**

Hierbei handelt es sich um Verbrauchsstoffe, die während einer *ambulant*en *Heilbehandlung* unmittelbar durch den Behandler verwendet werden. Dazu zählen insbesondere Füllungsmaterialien (z.B. *hochwertige Füllungsmaterialien* wie Komposit), Medikamente, Anästhetika, Abformmaterialien sowie Einwegartikel (z.B. Sterilgut).

Medizinische Notwendigkeit

Eine *ambulante Heilbehandlung* ist medizinisch notwendig, wenn sie nach den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft im Zeitpunkt der Behandlung erforderlich ist, um eine *Krankheit* zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhindern oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Es genügt nicht, wenn die Maßnahme lediglich sinnvoll oder nützlich ist oder wenn sie für die versicherte Person lediglich bequemer oder praktikabler als andere gleichermaßen geeignete Behandlungsformen ist. Die *medizinische Notwendigkeit* ist durch den Behandler (z.B. Zahnarzt) nachzuweisen.

N**Nummer der Versicherungsurkunde / Polizzenummer**

Die *Nummer der Versicherungsurkunde* finden Sie auf der ersten Seite der *Versicherungsurkunde*. Sie hat das folgende Format: A40XXXXXXX.

T**Tagesklinischer Eingriff**

Eine Operation oder Behandlung in einer Krankenanstalt, bei der die Aufnahme und die Entlassung am selben Kalendertag erfolgen.

U**Unfall**

Ein *Unfall* ist ein vom Willen der versicherten Person unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung nach sich zieht. Als *Unfall* gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:

- Ertrinken; Erfrierungen; Verbrühungen; Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
- Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;
- Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf;
- das Verschlucken von festen Stoffen und Kleinteilen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres;
- Einnahme von für den Verzehr nicht vorgesehenen Stoffen oder verdorbenen Lebensmitteln (Lebensmittelvergiftung);
- Unfälle mit radioaktiven Isotopen im Zuge von medizinischen *Heilbehandlungen*, die aufgrund eines *Versicherungsfalls* veranlasst waren;
- folgende Infektionskrankheiten: Kinderlähmung, FSME, Borreliose, Wundstarrkrampf, Tollwut.

Als *Unfallheilbehandlung* gelten nicht nur die unmittelbar auf den *Unfall* folgende Erstversorgung, sondern auch alle Folgebehandlungen innerhalb eines Zeitraumes von fünf Jahren ab dem *Unfalldatum*.

V**Versicherungsfall**

Ein *Versicherungsfall* ist der Eintritt eines versicherten Ereignisses, das den Versicherten zur vereinbarten Leistung verpflichtet. Der *Versicherungsfall* beginnt mit der *Heilbehandlung* (erste Inanspruchnahme des Arztes), er endet, wenn nach medizinischem Befund die Notwendigkeit der *Heilbehandlung* nicht mehr besteht. Muss die *Heilbehandlung* auf eine *Krankheit* oder *Unfallfolgen* ausgedehnt werden, die mit der (den) bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängen, so entsteht insoweit ein neuer *Versicherungsfall*. Bei Zahnvorsorgebehandlungen (z.B. Mundhygiene) tritt der *Versicherungsfall* bereits mit der Inanspruchnahme der Leistung ein, auch ohne Vorliegen einer *Krankheit*.

Versicherungsurkunde

Die Versicherungsurkunde ist das Dokument, das den individuellen Inhalt Ihres Versicherungsvertrages schriftlich zusammenfasst und bestätigt. Sie enthält insbesondere Angaben zum gewählten Paket (Basis oder Optimum), zum Versicherungsbeginn, zur Prämienhöhe sowie zu den für Sie geltenden individuellen Leistungslimits, Jahreslimits und Unterlimits. Die Versicherungsurkunde bildet gemeinsam mit den vorliegenden Versicherungsbedingungen die rechtliche Grundlage Ihres Versicherungsschutzes.

Versicherungsjahr

Unter einem *Versicherungsjahr* ist ein Zeitraum von genau einem Jahr zu verstehen, jedoch muss das *Versicherungsjahr* nicht dem Kalenderjahr entsprechen. Das *Versicherungsjahr* richtet sich nach dem in der Versicherungsurkunde ausgewiesenen Versicherungsbeginn. Ist der Versicherungsbeginn der 01.04., so erstreckt sich das *Versicherungsjahr* vom 01.04. bis zum 31.03. des Folgejahres.

W**Wahlarzt / Wahlinstitut**

Niedergelassene Zahnärzte oder Institute, die keinen direkten Vertrag mit dem gesetzlichen Krankenversicherungsträger (z.B. Österreichische Gesundheitskasse – ÖGK) haben.

Z**Zahnerhaltbehandlungen**

Zahnerhaltbehandlungen im Sinne dieser Bedingungen sind ausschließlich jene medizinisch notwendigen Maßnahmen, die dem Schutz, der Heilung oder der Wiederherstellung der natürlichen Zahnschubstanz dienen, ohne dass hierfür ein laborgefertigtes Werkstück dauerhaft eingesetzt wird (ausgenommen Inlays gemäß Kapitel 2.2.2 (6) a)). Dazu zählen insbesondere konservierende Leistungen wie plastische Füllungen (z.B. Komposit), endodontische Leistungen wie Wurzelkanalbehandlungen und damit verbundene Schmerztherapien sowie parodontologische Leistungen wie die Behandlung von *Erkrankungen* des Zahnhalteapparates (z.B. Parodontosetherapie).

Zahnersatz

Der Ersatz verloren gegangener natürlicher Zähne oder deren großflächiger Aufbau durch künstliche Vorrichtungen wie z.B. Kronen und Teilkronen (auch wenn diese dem Erhalt des Restzahnes dienen), prothetische Leistungen (Brücken, Prothesen, Implantate, Suprakonstruktionen).

Zahntechnische Laborarbeiten

Dies umfasst alle Leistungen, die zur Herstellung, Änderung oder Reparatur von zahntechnischen Werkstücken (z.B. *Zahnspangen*, Kronen, Brücken, Inlays oder Prothesen) erforderlich sind. Diese Arbeiten können entweder in einem externen gewerblichen Zahnlabor oder im praxiseigenen Labor des Zahnarztes durchgeführt werden. Zu den Kosten zählen neben dem Honorar für den Zahntechniker auch die dabei verwendeten *Materialien* (z.B. Edelmetalle, Keramik, Kunststoffe).

Leistungsfall — Was nun?

Checkliste:

In diesem Kapitel haben wir wichtige Tipps und Informationen rund um die Leistungsabrechnung zusammengestellt.

[→ zum Inhaltsverzeichnis](#)

3 LEISTUNGSFALL – WAS NUN?

Schritt-für-Schritt-Anleitung – so geht's!

1. Behandlung

Sie waren bei Ihrem Zahnarzt, haben z.B. eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt und bezahlen dafür die Rechnung. Bitte kopieren oder fotografieren Sie die Rechnung.

2. Einreichen bei der gesetzlichen Kranken- bzw. Gesundheitsversicherung

Reichen Sie die Rechnung bitte zuerst bei Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung bzw. bei Ihrem österreichischen privaten Krankenversicherer ein.

Alle großen Kassen/privaten Krankenversicherer in Österreich haben Apps oder sonstige digitale Möglichkeiten. Um z.B. MeineSV (App und Online-Plattform für u.a. ÖGK und BVAEB) nützen zu können, benötigt man lediglich eine „Handy-Signatur“, eine „Bürgerkarte“ oder eine „ID Austria“.

Der Gesetzgeber hat in diesem Zusammenhang beschlossen, dass Wahlärzt:innen per 01.07.2024 für ab 1. Juli 2024 erbrachte Leistungen die Honorarnoten für Ihre Patient:innen an die gesetzlichen Krankenversicherung (ÖGK, BVAEB, SVS) übermitteln müssen, sofern die Zustimmung der Patient:innen dazu vorliegt und die Honorarnoten davor bezahlt wurden. Achtung: Wahlärzt:innen können von der Regel ausgenommen sein. Erkundigen Sie sich daher bei Ihrer Wahlärzt:in nach dieser Möglichkeit.

Vorteil

Im Falle einer Kassenerstattung erhalten Sie in der Regel den Restbetrag – und damit bis zu 100% Ihrer Kosten – von uns rückerstattet.

3. Einreichen bei der Allianz

→ allianz.at/rechnung-einreichen

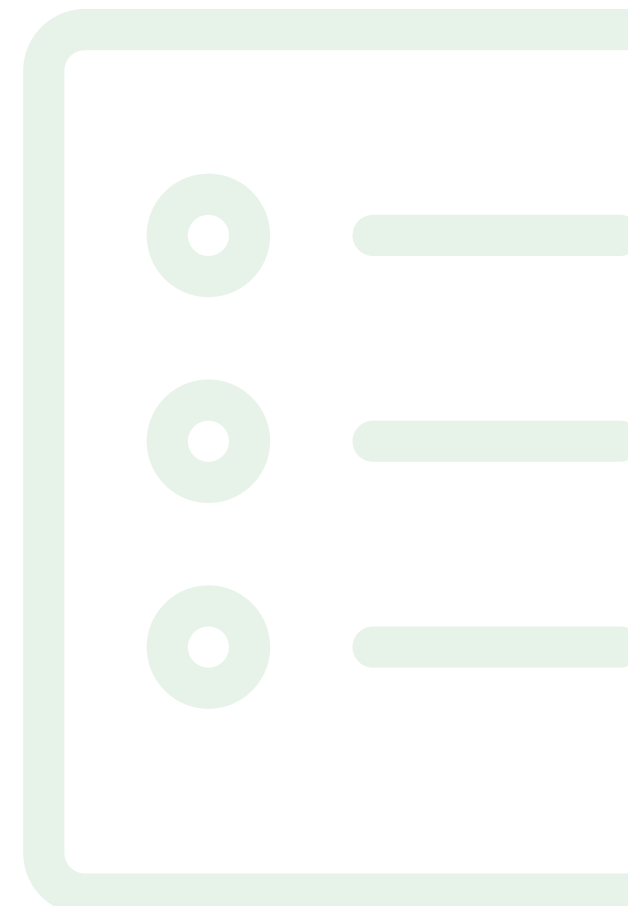


„Meine Allianz – Österreich“ App

Der einfachste und schnellste Weg Rechnungen bei uns einzureichen, ist über die App „Meine Allianz – Österreich“ und das Allianz Kundenportal. Für die Einreichung erfassen Sie die wichtigsten Rechnungsdetails und fotografieren die Rechnung und den Erstattungsnachweis (bzw. die Ablehnung) der gesetzlichen Kranken- bzw. Gesundheitsversicherung oder des österreichischen privaten Krankenversicherers direkt in der App oder laden diese Dokumente im Kundenportal hoch. Der Leistungsfall wird automatisch angelegt und kann umgehend von uns bearbeitet werden.

Eine Einreichung per Email an → gesundheitsversicherung@allianz.at ist möglich, sofern alle erforderlichen Dokumente (Rechnung, Erstattungsnachweis (bzw. Ablehnung) der gesetzlichen Kranken- bzw. Gesundheitsversicherung oder des österreichischen privaten Krankenversicherers) beigelegt werden.

Bei Fragen zur „Meine Allianz – Österreich“ App oder zum Kundenportal, technischen Problemen oder wenn Sie Ihre Zugangsdaten vergessen haben, hilft Ihnen unser Kundenservice gerne weiter. Bitte kontaktieren Sie uns unter → **+43 5 9009 580** oder → kundenportal@allianz.at



Häufig gestellte Fragen (FAQ) – Service für unsere Kund:innen

In diesem Abschnitt beantworten wir Ihnen häufig gestellte Fragen im Zusammenhang mit der Zahnversicherung. Die folgenden Erläuterungen dienen Ihrem besseren Verständnis und sind nicht Bestandteil der rechtlich verbindlichen Versicherungsbedingungen. Genauere Informationen, insbesondere zum gewählten Paket, finden Sie in der Versicherungsurkunde sowie im Abschnitt 2 „Produktbeschreibung – Versicherungsbedingungen“ von „Meine Zahnversicherung – Einfach erklärt“.

[→ zum Inhaltsverzeichnis](#)

4 HÄUFIG GESTELLTE FRAGEN

Fragen zum Versicherungsvertrag

1) Wer kann „Meine Zahnversicherung“ abschließen?

Jede Person, die ihren *Hauptwohnsitz* in Österreich hat und entweder bei einem gesetzlichen Krankenversicherungsträger (z.B. ÖGK, SVS, BVAEB) oder im Rahmen einer gesetzlich verpflichtenden privaten Krankenversicherung (Sozialversicherungserstatttarif) versichert ist.

2) Muss ich Fragen zu meinem Zahnzustand beantworten?

Nein, „Meine Zahnversicherung“ wird ohne klassische Gesundheitsfragen beantragt bzw. abgeschlossen. Anstatt Ihren Zahnstatus einzeln abzufragen, setzen wir auf volle Transparenz: Im Antrag führen wir alle Punkte an, die nicht versichert sind (**„Wichtige Informationen zum Versicherungsschutz und Tarif“**). Das betrifft vor allem Behandlungen, die bereits vor Vertragsabschluss begonnen haben, notwendig oder ärztlich angeraten waren. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie diese Ausschlüsse gelesen und verstanden haben. So stellen wir sicher, dass von Beginn an für beide Seiten eindeutig ist, welche Leistungen versichert bzw. nicht versichert sind.

3) Gibt es Wartezeiten in meiner Zahnversicherung?

Nein. Die Allianz verzichtet in „Meine Zahnversicherung“ auf marktübliche Wartezeiten. Ihr Schutz beginnt sofort mit dem in der *Versicherungsurkunde* genannten Zeitpunkt, sofern die erste Prämie bezahlt wurde.

4) Was ist bei einem Umzug oder einer Namensänderung zu beachten?

Bitte geben Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder Ihres Namens zeitnah bekannt. Sollten Sie Ihren *Hauptwohnsitz* dauerhaft ins Ausland verlegen, endet der Versicherungsschutz, da die Basis für die Kalkulation (das österreichische Gesundheitssystem) wegfällt.

5) Wie kann ich meine Zahnversicherung kündigen?

Nach Ablauf der Mindestvertragsdauer von 3 Jahren, ist eine Kündigung jährlich zur Hauptfälligkeit unter Einhaltung einer 3-monatigen Kündigungsfrist möglich. Die Kündigung ist vom Versicherungsnehmer in Schriftform an uns zu richten. Bitte beachten Sie, dass wir eine Kündigung nur akzeptieren können, wenn diese vom Versicherungsnehmer unterzeichnet wurde.

[→ zum Inhaltsverzeichnis](#)

Fragen zum Versicherungsschutz

1) Was deckt meine Zahnversicherung ab bzw. nicht ab?

Das Paket **Basis** konzentriert sich auf den Erhalt Ihrer Zähne (Füllungen, Wurzelbehandlungen) und die Vorsorge (Mundhygiene). Das Paket **Optimum** erweitert diesen Schutz um den Bereich *Zahnersatz* (Implantate, Kronen, Brücken). Generell nicht versichert sind z.B. rein kosmetische Leistungen (außer Bleaching laut Tarif) und *Kauschäden als Unfall*.

2) Bin ich auch im Ausland versichert?

Ja, der Schutz gilt weltweit.

3) Warum gibt es eine Leistungsstaffel in den ersten Jahren?

Um die Prämien für alle Kunden stabil zu halten, begrenzen wir die Erstattungssummen in den ersten vier Kalenderjahren für bestimmte Bereiche (*Zahnerhalt* im Basis, *Zahnersatz* im Optimum).

4) Sind auch unsichtbare *Zahnspangen (Aligner)* versichert?

Ja, sofern die Fehlstellung mindestens *IOTN*-Stufe 3 erreicht, fallen auch moderne Schienensysteme unter den Versicherungsschutz der Zahnregulierung.

Fragen zum Leistungsfall

1) Wie reiche ich meine Zahnarztrechnungen am einfachsten ein?

Am schnellsten und bequemsten funktioniert das über die App „*Meine Allianz – Österreich*“. Fotografieren Sie einfach Ihre Honorarnote (und ggf. den Erstattungsnachweis bzw. die Ablehnung Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des österreichischen privaten Krankenversicherers mit Ihrem Smartphone und senden Sie die Unterlagen direkt an uns. So sparen Sie sich Portokosten und Zeit. Alternativ können Sie Ihre Unterlagen auch über unser Web-Portal unter [→ www.allianz.at/kundenportal](https://www.allianz.at/kundenportal) hochladen.

2) Worauf muss ich beim Einreichen einer Honorarnote achten?

Achten Sie darauf, dass die Rechnung gut lesbar ist und folgende Angaben enthält: Name der *versicherten Person*, detaillierte Auflistung der erbrachten Leistungen (mit Behandlungsdatum) sowie das Honorar. Bei *Zahnregulierungen* oder *Zahnersatzbehandlungen* ist zudem die Vorlage des vorab bestätigten *Heilkostenplans* erforderlich.

3) Wie lange dauert es, bis ich meine Erstattung erhalte?

Durch die digitale Einreichung via App können wir Ihre Anfrage besonders rasch bearbeiten. In der Regel wird die Erstattung innerhalb weniger Arbeitstage auf das von Ihnen angegebene Konto überwiesen.

4) Warum erhalte ich 100% Erstattung nur mit einem Erstattungsnachweis (bzw. einer Ablehnung) der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des österreichischen privaten Krankenversicherers?

Wir fördern die Einreichung bei der Sozialversicherung und stellen damit auch sicher, dass durch eine nachfolgende Einreichung beim gesetzlichen Krankenversicherer keine Kosten erstattet werden, die tatsächlich gar nicht eingetreten sind (versicherungsrechtliches Bereicherungsverbot). Wenn diese vorab einen Teil übernimmt, zahlen wir im Nachgang den gesamten Rest (100%).

5) Muss ich meine Mundhygiene-Rechnung zuerst bei der gesetzlichen Krankenkasse einreichen?

Bei der Allianz erhalten Sie für Ihre Mundhygiene grundsätzlich 100% des Rechnungsbetrages (bis zum vereinbarten Unterlimit) erstattet. Ob Sie die Rechnung vorab bei Ihrer Kasse einreichen müssen, hängt von Ihrem Versicherungsträger ab:

4 HÄUFIG GESTELLTE FRAGEN

- **ÖGK-Versicherte (Erwachsene):** Da die ÖGK für Erwachsene derzeit meist keine Kostenerstattung für professionelle Mundhygiene leistet, können Sie Ihre Rechnung direkt bei uns zur 100%-igen Erstattung einreichen. Ein Umweg über die Krankenkasse ist nicht erforderlich.
- **SVS- und BVAEB-Versicherte sowie Personen mit privatem Sozialversicherungsersatztarif:** Diese Träger übernehmen in der Regel einen Teil der Leistung. Hier sind Sie verpflichtet, die Rechnung zuerst bei Ihrer Kasse einzureichen. Wir übernehmen im Anschluss den gesamten verbleibenden Restbetrag.
- **Kinder und Jugendliche (bis 18 Jahre):** Da hier ein gesetzlicher Anspruch auf die sogenannte „Gratis-Mundhygiene“ besteht, muss die Leistung zwingend zuerst über die Krankenkasse abgerechnet werden.

6) Muss ich Rechnungen für Zahnerhalt (Füllungen, Wurzelbehandlungen) zuerst bei der Krankenkasse einreichen?

Ja, für Wurzelbehandlungen oder einfache Füllungen übernimmt die Kasse (z.B. ÖGK) oft einen Teil der Kosten. Reichen Sie dort ein, zahlen wir Ihnen die verbleibenden **100% des Restbetrages**.

7) Muss ich Rechnungen für Zahnersatz (Kronen, Brücken, Implantate) zuerst einreichen?

Es kommt auf die Art der Leistung und Ihren Versicherungsträger an:

- **Abnehmbarer Zahnersatz:** Hier leisten Träger wie die ÖGK oft Standardzuschüsse. Durch die Vorab-Einreichung sichern Sie sich die Übernahme der restlichen 100% durch die Allianz.
- **Festsitzender Zahnersatz (Kronen, Implantate):** Diese Leistungen gelten bei gesetzlichen Kassen oft als Privatleistung ohne Anspruch auf Kostenerstattung. Wenn Ihre Kasse keine Erstattung leistet, übernehmen wir **90%** des Rechnungsbetrages.
- **SVS- und BVAEB-Versicherte:** Diese Träger bieten oft fixe Kostenzuschüsse für Kronen oder Brücken an. Durch die Vorab-Einreichung sichern Sie sich die Übernahme der restlichen 100% durch die Allianz.

8) Muss ich Rechnungen für Zahnregulierung zuerst einreichen?

Ja, bei Zahnregulierungen ist die Vorab-Einreichung bei der gesetzlichen Krankenkasse aufgrund der unterschiedlichen Zuschussmodelle zwingend erforderlich.

Wichtig: Senden Sie uns bitte **vor Beginn** der Behandlung den *Heilkostenplan* Ihres Zahnarztes zu. Wir prüfen diesen und geben Ihnen eine schriftliche Leistungszusage.

4 HÄUFIG GESTELLTE FRAGEN

- **Kinder und Jugendliche (bis 18 Jahre):** Bei erheblichen Fehlstellungen (*IOTN*-Feststellung 4 oder 5) besteht Anspruch auf die sogenannte „**Gratis-Zahnspange**“ bei Vertragskieferorthopäden bzw. auf einen hohen Kostenzuschuss bei Wahlbehandlern. Da die gesetzliche Kasse hier die Grundversorgung übernimmt, müssen Sie die Rechnung dort zuerst einreichen. Wir übernehmen im Anschluss den allfälligen Restbetrag gemäß Ihrem Tarif.
- **Erwachsene mit min. IOTN 3:** Da die gesetzlichen Krankenkassen (ÖGK, SVS, BVAEB) für Erwachsene in der Regel **keine Kosten** für *Zahnspangen* übernehmen, erhalten Sie von dort eine Ablehnung. Sobald uns dieser Ablehnungsbrief vorliegt und die Vorab-Zusage durch uns erfolgte, erstatten wir **90% des Rechnungsbetrages** (bis zum jeweiligen Tariflimit).

9) Was mache ich bei einer geplanten teuren Behandlung (z.B. Zahnspange oder Implantat)?

Wir empfehlen Ihnen, uns vorab den *Heilkostenplan* Ihres Zahnarztes zu senden. Wir prüfen diesen für Sie und geben Ihnen eine schriftliche Leistungszusage, damit Sie genau wissen, wie viel wir übernehmen.



Verlinkt zum
Apple App Store



Verlinkt zum
Google Play Store

Unser Online Service

Mit der App „Meine Allianz – Österreich“ und dem „Meine Allianz“ Kundenportal hat man stets die wichtigsten Informationen rund um Versicherungsschutz und Services bei der Hand.

[→ zum Inhaltsverzeichnis](#)

5 UNSER ONLINE SERVICE

„Meine Allianz – Österreich“ App

Mit der App „Meine Allianz – Österreich“ können Rechnungen (z.B. von Fachärzten für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde) zu einem Zahnversicherungs-Paket digital eingereicht werden – direkt, unkompliziert und schnell!

Der Leistungsfall wird automatisch angelegt und kann umgehend bearbeitet werden. Mehr Informationen zur Einreichung von Rechnungen sind in Kapitel 3.1 „Checkliste“ zu finden.

„Meine Allianz“ – einfach und schnell

Im Kundenportal sind nicht nur alle Versicherungsurkunden, sondern auch die wichtigsten Kontaktdaten für eine rasche Hilfe zu Verträgen und Leistungsfällen, zu finden.

Weitere Vorteile sind:

- Leistungsfall in nur wenigen Klicks und mit wenigen Eingaben melden
- Verträge und Leistungsfälle digital managen
- Personendaten einsehen und bearbeiten
- direkt den Berater kontaktieren

Für die Registrierung im Kundenportal oder in der App sind zur Identifikation die *Nummer der Versicherungsurkunde* und der Versicherungsbeginn notwendig. Falls bereits ein Zugang zum Allianz Kundenportal besteht, kann die Anmeldung einfach und bequem mit den bereits vorhandenen Zugangsdaten erfolgen.

Entweder unter [→ **www.allianz.at/portal**](https://www.allianz.at/portal) direkt in das Kundenportal einsteigen oder ganz einfach die App „Meine Allianz – Österreich“ verwenden und alle Vorteile nutzen.

Unser **Allianz Kunden Service** hilft Ihnen gerne bei Fragen, technischen Problemen oder wenn die Zugangsdaten verlegt wurden, unter [→ **+43 5 9009 580**](tel:+4359009580) oder [→ **kundenportal@allianz.at**](mailto:kundenportal@allianz.at)

Einfach smart – unsere Allianz App.

[→ zum Inhaltsverzeichnis](#)

Anhänge

6 ANHÄNGE

Anhang 1 – Operationsgruppenschema für die Abrechnung der OP-Gruppen 1 bis 3

Die Einstufung von Operationen bei Abrechnung von ambulant/tagesklinisch durchgeführten zahnchirurgischen, kieferchirurgischen und kieferorthopädischen Operationen der OP-Gruppen 1 bis 3 erfolgt gemäß dem zuletzt mit der Wiener Ärztekammer vereinbarten Operationsgruppenschema und wird auf der Website der Allianz Elementar Versicherungs-Aktiengesellschaft veröffentlicht.

→ allianz.at/operationsgruppenschema



**Danke für Ihr Vertrauen!
Wir freuen uns,
dass Sie für Ihre Zahngesundheit
Allianz gewählt haben.**

Wir sind bemüht, unsere Produkte und Services laufend zu verbessern. Für etwaige Beschwerden oder sonstiges Feedback können Sie sich über das Kontaktformular unter [→ allianz.at/feedback](https://allianz.at/feedback) oder telefonisch unter [→ +43 5 9009 582](tel:+4359009582) an uns wenden.



Allianz Kunden-Service

Unsere spezialisierten Mitarbeiter:innen im Kundencenter stehen Ihnen stets zur Verfügung, um Ihre Fragen zu beantworten.

Sie erreichen uns
Montag bis Donnerstag
(ausgenommen an Feiertagen)
von 08.00 bis 17.00 Uhr und
Freitag von 08.00 bis 16.00 Uhr.

Telefonnummer Vertrags-Service:
05 9009 9001

E-Mail Vertrags-Service:
vertrag@allianz.at

Telefonnummer Schaden-Service:
05 9009 9009

Allianz Assistance-Services

Falls Sie unsere Assistance-Leistungen im Falle eines Notfalls benötigen, erreichen Sie uns auch direkt, 24 Stunden am Tag an 7 Tagen die Woche, in unserer Assistance-Zentrale:

Telefonnummer (Inland):
0800/203 33 00

Telefonnummer (Ausland):
+43 1 203 33 00

Die folgenden Informationen werden vom Allianz Kundencenter sowie Allianz Assistance-Services benötigt:

- Ihr Name
- Ihre Kontaktinformation
- Beschreibung des Problems
- Ihre Polizzennummer (sofern Sie diese zur Hand haben)

Wir werden Sie über die nächsten Schritte informieren und führen Sie durch den Prozess.

Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen (z.B. Versicherungsnehmer, Vertragspartner, Organ etc.) gilt die gewählte Bezeichnung für alle Geschlechter.

Unsere aktuelle Datenschutzinformation finden Sie unter www.allianz.at/datenschutz

Mai 2026, Tarifgeneration 3

Allianz Elementar Versicherungs-Aktiengesellschaft
Sitz: 1100 Wien, Wiedner Gürtel 9–13
Telefon: 05 9009-0, Telefax: 05 9009-70000
Internet: <http://www.allianz.at>

Eingetragen im Firmenbuch des Handelsgerichts Wien unter FN 34004g, UID: ATU 1536 4406

Aufsichtsbehörde:
Finanzmarktaufsicht, 1090 Wien,
Otto-Wagner-Platz 5 (www.fma.gv.at)