

**Bitte in Blockschrift ausfüllen**

zum Antrag vom	für	
Vers.-Nummer	OE/Sachbearbeiter	Datum (Tag/Monat/Jahr)

**Betroffene Zähne Zahnschema:** Bitte kennzeichnen Sie die fehlenden Zähne mit **f** und die behandlungsbedürftigen Zähne mit **b**.

(links)						Ihr Oberkiefer						(rechts)	
27	26	25	24	23	22	21	11	12	13	14	15	16	17
37	36	35	34	33	32	31	41	42	43	44	45	46	47
(links)						Ihr Unterkiefer						(rechts)	

**Besondere Vereinbarung**

Bitte die entsprechende Vereinbarung ankreuzen!

- 1. bei bis zu 5 fehlenden Zähnen** (interner Hinweis 5612/5607)  
**(Tarife BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BN B-U(A), BZ-U(A))**

Für die Behandlung und den Ersatz der im Zahnschema als fehlend angegebenen Zähne einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen besteht erst nach einer Wartezeit von zwei Jahren Anspruch auf die tariflichen Leistungen für erstattungsfähige Aufwendungen. Im 3. Jahr nach Tarifbeginn werden die tariflichen Leistungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 525 EUR und im 4. Jahr nach Tarifbeginn bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.050 EUR erbracht. Ab dem 5. Jahr nach Tarifbeginn werden die tariflichen Leistungen erbracht. Die Behandlung und der Ersatz der im Zahnschema als fehlend angegebenen Zähne einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen bleiben im Tarif BN1/1-U(A), BN1/2-U(A) und BN B-U(A) – sofern beantragt – vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.
- 2. bei bis zu 5 fehlenden Zähnen** (interner Hinweis 5610/5605)  
**(Tarife AWFH, Premium Zahn-U(A))**

Für die Behandlung und den Ersatz der im Zahnschema als fehlend angegebenen Zähne einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen besteht erst nach einer Wartezeit von zwei Jahren Anspruch auf die tariflichen Leistungen für erstattungsfähige Aufwendungen. Im 3. Jahr nach Tarifbeginn werden die tariflichen Leistungen bis zu einem Erstattungsbetrag von 525 EUR und im 4. Jahr nach Tarifbeginn bis zu einem Erstattungsbetrag von 1.050 EUR erbracht. Ab dem 5. Jahr nach Tarifbeginn werden die tariflichen Leistungen erbracht. Tarifbeginn ist bei Abschluss des Tarifs AWFH der Zeitpunkt, zu dem in eine Krankheitskostenvollversicherung umgestellt wird. Sofern dann der Tarif BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BN B-U(A), BN3/1-U(A), BN3/2-U(A), BN VisB-U(A) bzw. VisionB-U(A) besteht, sind die Behandlung und der Ersatz der im Zahnschema als fehlend angegebenen Zähne einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen sowie die Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays und gehämmerten Füllungen vom Versicherungsschutz des Tarifes BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BN B-U(A), BN3/1-U(A), BN3/2-U(A), BN VisB-U(A) bzw. VisionB-U(A) ausgeschlossen.
- 3. bei bis zu 5 fehlenden Zähnen** (interner Hinweis 5612)  
**(Tarife BN3/1-U(A), BN3/2-U(A), BN HF-UZ(A), BN VisB-U(A), Vision B-U(A))**

Es ist vereinbart, dass die Behandlung und der Ersatz der im Zahnschema als fehlend angegebenen Zähne einschließlich aller damit in Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind.
- 4. bei 5–6 fehlenden Zähnen** (interner Hinweis 2020)  
**(Tarife ARL-U, Komfort Zahn-U(A), Kompakt Zahn-U(A))**

Die Leistungen für zahnärztliche und/oder kieferorthopädische Behandlung (einschließlich Zahnersatz) sind pro Versicherungsjahr max. je nach Tarif begrenzt. Diese Regelung gilt bis zum Nachweis der vollständigen Sanierung des Gebisses. Behandlungen, die aufgrund eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalles notwendig werden, sind hiervon nicht betroffen. Im Anschluss an diese Regelung gilt die tarifliche Zahnstaffel unter Anrechnung der bis dahin zurückgelegten Versicherungsdauer. Zur Überprüfung dieser Vereinbarung ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht mit Zahnstatus auf dem Formular des Versicherers einzureichen.

ARL-U, Kompakt Zahn-U(A) 250 EUR  
 Komfort Zahn-U(A) 500 EUR
- 5. bei 6 fehlenden Zähnen** (interner Hinweis 5612)  
**(Tarife AWFH, BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BN B-U(A), BZ-U(A), Premium Zahn-U(A))**

Es ist vereinbart, dass die Behandlung und der Ersatz der im Zahnschema als fehlend angegebenen Zähne einschließlich aller damit in Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind. Beim Tarif AWFH gilt die Vereinbarung für die bei Wahrnehmung der Option gewählten Tarife.
- 6. bei behandlungsbedürftigen Zähnen inkl. kieferorthopädischer Behandlung sowie Zahnbetterkrankungen** (Tarife ARL-U, Komfort Zahn-U(A), Kompakt Zahn-U(A)), wenn es sich nicht um eine Behandlung wegen fehlender Zähne handelt. In diesem Fall ist die entsprechende besondere Vertragsvereinbarung für fehlende Zähne (4.) anzukreuzen. Sofern lediglich Zahnsteinentfernung, Füllungen, Einlagefüllungen (Inlays) oder Wurzelkanalbehandlungen (Endodontie) angeraten wurden bzw. laufend behandelt werden, verzichtet die AXA Krankenversicherung AG auf eine gesonderte Leistungseinschränkung. (interner Hinweis 2021)

Die Leistungen für zahnärztliche und/oder kieferorthopädische Behandlung (einschließlich Zahnersatz) sind pro Versicherungsjahr max. je nach Tarif begrenzt. Diese Regelung gilt bis zum Abschluss sämtlicher Behandlungen einschließlich Folgebehandlungen. Behandlungen, die aufgrund eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalles notwendig werden, sind hiervon nicht betroffen. Im Anschluss an diese Regelung gilt die tarifliche Zahnstaffel unter Anrechnung der bis dahin zurückgelegten Versicherungsdauer. Zur Überprüfung dieser Vereinbarung ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht mit Zahnstatus auf dem Formular des Versicherers einzureichen.

ARL-U, Kompakt Zahn-U(A) 250 EUR  
 Komfort Zahn-U(A) 500 EUR
- 7. bei behandlungsbedürftigen Zähnen, die nicht fehlen oder im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung oder einer Zahnbetterkrankung stehen** (In diesen Fällen ist die jeweils zutreffende besondere Vertragsvereinbarung anzukreuzen). (interner Hinweis 5613)  
**(Tarife AWFH, BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BN B-U(A), BN3/1-U(A), BN3/2-U(A), BN VisB-U(A), BN HF-UZ(A), BZ-U(A), Vision B-U(A), Premium Zahn-U(A))**

Es ist vereinbart, dass die laufenden bzw. angeratenen/beabsichtigten zahnärztlichen Behandlungen einschließlich aller damit in Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen sowie die Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays, gehämmerten Füllungen und Implantaten vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind. Beim Tarif AWFH gilt die Vereinbarung für die bei Wahrnehmung der Option gewählten Tarife.



8. **bei Zahn- und Kieferfehlstellungen** (interner Hinweis 5803)  
 (Tarife AWFH, BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BN B-U(A), BN3/1-U(A), BN3/2-U(A), BN VisB-U(A), BN HF-UZ(A), BZ-U(A), Vision B-U(A), Premium Zahn-U(A))  
 (Tarife ARL-U, Kompakt-Zahn-U(A), Komfort-Zahn-U(A) alternativ zu Punkt 6, wenn ausschließlich eine aktuelle Behandlung der Zahn- und Kieferfehlstellung erfolgt.)  
 Es ist vereinbart, dass sämtliche Behandlungen der Zahn- und/oder Kieferfehlstellung vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind. Beim Tarif AWFH gilt die Vereinbarung für die bei Wahrnehmung der Option gewählten Tarife.
9. **bei Zahnbetterkrankung** (z. B. Parodontose, Parodontitis, usw.) (interner Hinweis 5703)  
 (Tarife AWFH, BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BN B-U(A), BN3/1-U(A), BN3/2-U(A), BN VisB-U(A), BN HF-UZ(A), BZ-U(A), Vision B-U(A), Premium Zahn-U(A))  
 Es ist vereinbart, dass für die laufenden bzw. angeratenen Behandlungen wegen Zahnbetterkrankung sowie alle prothetischen Maßnahmen und Leiden, die medizinisch nachweisbar damit in ursächlichem Zusammenhang stehen, keine Leistungspflicht besteht. Beim Tarif AWFH gilt die Vereinbarung für die bei Wahrnehmung der Option gewählten Tarife.
10. **Aufbissschiene/Knirscherschiene** (interner Hinweis 1955)  
 (Tarife BZ-U(A), Vision B-U(A), Komfort Zahn-U(A), Kompakt Zahn-U(A), Premium Zahn-U(A))  
 Es ist vereinbart, dass für die Aufbissschiene/Knirscherschiene, zusätzlich zum Tarifbeitrag des Tarifes ein monatlicher Festbetrag erhoben wird.
- | Dieser beträgt                  | im Tarif  | mit den Erstattungssätzen  |
|---------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 20 EUR | Komfort Zahn-U(A), Kompakt Zahn-U(A), Premium Zahn-U(A)<br>BZ-U(A)<br>Vision B-U(A) | je nach Tarifleistung<br>70<br>00                                |
| <input type="checkbox"/> 10 EUR | BZ-U(A)<br>Vision B-U(A)  | 65, 60, 55, 50T, 50, 45, 40<br>50T, 50, 5035, 45, 4530, 40, 4025 |
| <input type="checkbox"/> 6 EUR  | BZ-U(A)<br>Vision B-U(A)  | 35, 30, 25<br>35, 3520, 30, 3015, 25, 2515                       |
| <input type="checkbox"/> 4 EUR  | BZ-U(A)<br>Vision B-U(A)  | 20, 15, 10<br>20, 2015, 15, 10                                   |
- Alternativ zum Festbetrag: Leistungsausschluss**  
**Für alle Tarife:** (interner Hinweis 5804)  
 Es ist vereinbart, dass für die Aufbissschiene/Knirscherschiene keine Leistungen aus dem Tarif erbracht werden.
- (Tarif AWFH)** (interner Hinweis 0017)  
 Es ist vereinbart, dass bei Wahrnehmung der Option für die Aufbissschiene/Knirscherschiene, zusätzlich zum Tarifbeitrag des gewählten Zahnversicherungsschutzes, ein Festbetrag zwischen 4,00 – 20,00 EUR erhoben wird.  
 Alternativ kann auf Antrag geprüft werden, ob Leistungen für die Aufbissschiene/Knirscherschiene vom Versicherungsschutz ausgeschlossen werden können.
- Hinweis:** Die Wahl der Vereinbarung (Festbetrag oder Leistungsausschluss) ist bindend. Ein Leistungsausschluss kann daher nachträglich nicht in einen Festbetrag abgeändert werden und umgekehrt.
11. **bei behandlungsbedürftigen Zähnen inkl. kieferorthopädischer Behandlung sowie Zahnbetterkrankungen bzw. bei 1–5 fehlenden Zähnen und/oder Aufbissschiene/Knirscherschiene** (interner Hinweis 0038)  
 (Tarif VIAlife)  
 Es ist vereinbart, dass die laufende(n) bzw. angeratene(n)/beabsichtigte(n) zahnärztliche(n)/kieferorthopädische(n) Behandlung(en) und/oder nicht behandlungsbedürftige Zahnbetterkrankung, Zahnfehlstellung oder Kieferanomalie und/oder Zahnschienenentherapie bei Ausübung der Optionsrechte und Umstellung in den/die Zieltarif(e) zu einem Beitragszuschlag und/oder einer Leistungseinschränkung und/oder einem Leistungsausschluss führt/führen, wenn Ihr gewünschter Zieltarif dies vorsieht. Dies gilt auch für alle damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen sowie die Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays, gehämmerten Füllungen und Implantaten.

**Noch ein wichtiger Hinweis**

**Bitte schicken Sie die komplette Erklärung – also alle 2 Seiten – unterschrieben an uns zurück. Vielen Dank.**

**Unterschrift**

Es wird bestätigt, dass der Antrag in Deutschland unterschrieben wurde

Datum (Tag/Monat/Jahr)

Unterschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum (Tag/Monat/Jahr)

Unterschrift der mitversicherten Person

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

