

Zahnzusatzversicherung Denta +

Merkblatt zum Versicherungsprodukt

CKK-Assura, Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit der Christlichen Krankenkasse (CKK)
Chaussée de Haecht 579 Postfach 40 in 1031 Brüssel – Belgien
Zulassungsnummer KAK 150/02 für die Zweige 2 und 18
Unternehmensnummer: ZUD 0834 322 140



Dieses Merkblatt soll Ihnen einen Überblick über die wichtigsten Versicherungsleistungen und die Ausschlüsse für dieses Produkt geben, ab dem 1. Januar 2026. Es ist nicht auf Ihre spezifischen Bedürfnisse zugeschnitten, und die darin enthaltenen Informationen sind nicht vollständig. Weitere Auskünfte zu diesem Produkt, Ihren Rechten und Pflichten entnehmen Sie bitte den ab 1. Januar 2026 geltenden allgemeinen Bestimmungen. Dieses Versicherungsprodukt unterliegt belgischem Recht.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Die Zahnzusatzversicherung Denta + ist eine wahlfreie Versicherung zur Deckung von tatsächlich entstandenen Kosten, die einen Teil der Ausgaben für zahnärztliche Leistungen übernimmt. Sie ergänzt gegebenenfalls die Leistungen der Pflichtversicherung und die zu den Vorteilen der CKK gehörende Denta-Solidar.



Was gehört zu den Versicherungsleistungen?

Erstattung des zu zahlenden Betrags für die folgenden Behandlungen nach einer Wartezeit von 6 Monaten:

✓ Präventivbehandlungen

- Erstattung der gesetzlichen Eigenanteile für Leistungen, die von der Pflichtversicherung erstattet werden, für Versicherte ab 19 Jahren.

✓ Kieferorthopädie

- Zahlung eines Festbetrags von 750 € für die Zahnspange.
- Zahlung eines Festbetrags von 250 € für die Retentionsspange.

✓ Heilbehandlung

- Erstattung der gesetzlichen Eigenanteile für Leistungen, die von der Pflichtversicherung übernommen werden.
- Erstattung des amtlichen Tarifs für Zahnextraktionen, die nicht von der Pflichtversicherung übernommen werden.
- Zahlung eines Festbetrags von 25 € für das Ziehen eines Milchschnidezahns vor dem 5. Geburtstag.

✓ Prothesen und Implantate

- Festsitzende Prothesen und Implantate, die nicht von der Pflichtversicherung erstattet werden: Erstattung bis zu 75 % des vom Versicherten zu zahlenden Betrags.
- Herausnehmbare Prothesen, die nicht von der Pflichtversicherung erstattet werden: Erstattung von 75 % des amtlichen Tarifs.
- Herausnehmbare Prothesen, Reparaturen, Hinzufügen von Zähnen und Erneuerung der Unterfütterung, für die auch eine Erstattung der Pflichtversicherung vorgesehen ist: Erstattung der gesetzlichen Eigenanteile.
- Zuzahlung für herausnehmbare Prothesen:
 - Kostenzuschuss von maximal 100 € für eine Harzprothese.
 - Kostenzuschuss von maximal 300 € für eine Skelettprothese.
- 3D-Röntgen vor dem Einsetzen eines Zahnimplantats: maximaler Kostenzuschuss von 75 € für Versicherte ab 18 Jahren.

✓ Parodontologie

- Erstattung der gesetzlichen Eigenanteile für Leistungen, die von der Pflichtversicherung übernommen werden.
- Erstattung des amtlichen Tarifs für die Bestimmung des Parodontalindex, subgingivale Zahnsteinentfernung und parodontale Munduntersuchung, die nicht von der Pflichtversicherung übernommen werden.
- Nicht von der Pflichtversicherung erstattete Behandlungen durch einen Fachzahnarzt für Parodontologie: maximaler Kostenzuschuss von 100 € je Quadrant.
- Sinuslift oder subsinusaler Knochenaufbau vor dem Einsetzen eines Zahnimplantats: maximal 300 € je Oberkieferquadrant für Versicherte ab 18.



Was gehört nicht zu den Versicherungsleistungen?

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind

- ✗ Leistungen und Material für Behandlungen, die nicht von der Pflichtversicherung übernommen werden, außer wenn eine anderslautende Bestimmung in den allgemeinen Bestimmungen vorgesehen ist.
- ✗ Leistungen und Material für Behandlungen, die sich aus der Ausübung von Berufssport oder bezahlten Sporttätigkeiten ergeben, einschließlich Training.
- ✗ Kosten für experimentelle Behandlungen, die keine wissenschaftliche Grundlage haben.
- ✗ Gesundheits- und Versorgungsleistungen im Rahmen einer ästhetischen Behandlung, die nicht von der Pflichtversicherung übernommen werden, sofern nicht anders angegeben in den allgemeinen Bestimmungen.



Gibt es Einschränkungen der Garantie?

- ! Behandlungen, die vor Ablauf der Erneuerungsfrist für die gleiche Leistung am gleichen Zahn durchgeführt werden. Die Verlängerungsfristen für jede Leistung sind in den allgemeinen Bestimmungen der Denta + zu finden.
- ! Behandlungen, Prothesen, Implantate und Parodontologie, die von der Pflichtversicherung aus anderen Gründen als dem Ausschluss von Altersgruppen nicht erstattet werden.
- ! Höchstbetrag der Kostenerstattung je Versicherten:
 - Die Höhe der Kostenerstattung ist pro Kalenderjahr begrenzt.
 - Die Höhe der Obergrenze ist progressiv: 350 € im ersten Jahr, 650 € im zweiten Jahr und 1 250 € ab dem dritten Jahr und in den folgenden Jahren.
- ! Höchstbetrag der Kostenerstattung bei Unfall:
 - Die Erstattung für Behandlungen infolge eines Unfalls ist auf 5 000 € pro Schadensfall begrenzt (und wird nicht auf die jährliche Erstattungshöchstgrenze angerechnet).
 - Der Unfall muss sich nach dem Datum des Vertragsabschlusses ereignet haben.
 - Die Einreichung eines Behandlungsplans ist bei einem Unfall zwingend erforderlich, ebenso wie die Vorlage eines Röntgenbildes und eines ärztlichen Unfallberichts.
- ! Für die vorzeitige Kieferorthopädie ist keine Kostenbeteiligung vorgesehen.



Wo bin ich abgesichert?

✓ In Belgien und den folgenden Staaten: Frankreich, Niederlande, Deutschland und Großherzogtum Luxemburg.



Welches sind meine Verpflichtungen?

- Mitglied der CKK sein und regelmäßig die Beiträge zur Zusatzversicherung bezahlen.
- Die Prämien zahlen, sobald die Fälligkeitsanzeige ergeht.
- Eine sechsmonatige Wartezeit erfüllen (außer bei ähnlicher Vorversicherung, für welche die Wartezeit erfüllt war, oder bei Unfall).
- Der CKK jede Änderung der Anschrift oder der Haushaltszusammensetzung, die sich auf die geforderte Prämie und den Fortbestand des Vertrags auswirken können, innerhalb von 30 Tagen per Einschreiben, einfachem Schreiben oder auf elektronischem Weg mitteilen.



Wann und wie werden die Zahlungen durchgeführt?

- Ab dem Datum des Vertragsabschlusses zahlt der Versicherungsnehmer die Prämie am Fälligkeitstag, per Überweisung oder per Lastschrift in der vereinbarten Häufigkeit.



Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

- Der Versicherungsschutz beginnt an dem Tag, der in den vom Versicherungsnehmer unterzeichneten und an die CKK zurückgesandten besonderen Bestimmungen angegeben ist.
- Nach der Kündigung/Auflösung des Denta + Vertrages gilt eine Frist von 3 Jahren, bevor erneut ein Denta + Vertrag abgeschlossen werden kann.
- Der Vertrag wird auf Lebenszeit abgeschlossen. Er endet im Falle des Wechsels zu einem anderen Versicherungsträger als der CKK, der Nichtzahlung von Prämien, der Kündigung durch den Versicherungsnehmer oder bei Betrug.
- Eine Person, die Mitglied der CKK ist und den Anspruch auf die Leistungen der Zusatzversicherung verliert, darf die Versicherung bei der CKK-Assura nicht abschließen. Wenn sie bereits bei der CKK-Assura versichert war, werden ihre Versicherungen gekündigt.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Eine Kündigung ist erst nach mindestens einem Versicherungsjahr möglich.
- Der Versicherungsnehmer darf seinen Vertrag zum Ende des laufenden Quartals kündigen, sofern der Kündigungsantrag spätestens am letzten Tag des zweiten Monats des gleichen Quartals gestellt wurde. Andernfalls wird die Kündigung auf das Ende des folgenden Quartals verschoben.
- Der Kündigungsantrag ist per Einschreiben, Gerichtsvollzieherbrief oder durch Hinterlegung des Kündigungsschreibens gegen Empfangsbestätigung einzureichen.