

Versicherer, Tarif	CSS flexi ZB ZE top	ARAG Z90 bonus	Janitos dental plus
Unsere Bewertung des Tarifs	***** (6)	***** (5)	***** (5)
Zahnbehandlung			
Professionelle Zahnreinigung	100% bis 160 Euro ohne Probleme	100%, max 2 x 60 Euro im Jahr	90% max. 100 Euro
Hochwertige Kunststofffüllungen	zu 100%	90% inkl. Vorleistung der GKV	zu 100%
Wurzelbehandlung	zu 100%	90% wenn GKV nicht leistet	zu 100%
Parodontalbehandlung	zu 100%	90% wenn GKV nicht leistet	zu 100%
Fissurenversiegelung	zu 100%	zu 100%	zu 100%
Zahnersatz			
Erstattungshöhe Onlays und Inlays *1)	80% - 85% - 90% (bonusheftabhängig *2) inkl. Vorleistung der GKV	80% - 90% inkl. Vorleistung der GKV	80% - 85% - 90% (bonusheftabhängig *2) inkl. Vorleistung der GKV
Erstattungshöhe Implantate	80% - 85% - 90% (bonusheftabhängig *2) inkl. Vorleistung der GKV	80% - 90% inkl. Vorleistung der GKV	80% - 85% - 90% (bonusheftabhängig *2) inkl. Vorleistung der GKV
Erstattungshöhe Kronen und Brücken	80% - 85% - 90% (bonusheftabhängig *2) inkl. Vorleistung der GKV	80% - 90% inkl. Vorleistung der GKV	80% - 85% - 90% (bonusheftabhängig *2) inkl. Vorleistung der GKV
Begrenzung Keramikverblendungen	Leistung bis 5er Zähne	Leistung bis 5er Zähne	Leistung bis 5er Zähne
Knochenaufbau	Ja	Ja	Ja
Funktionsanalyse/Therapie	Ja	Ja	80% - 85% - 90% (bonusheftabhängig)
Kieferorthopädie			
KIG2	80%	80,00%	Ja, bis zum 18ten Lebensjahr mit folgenden Staffeln in den ersten 4 Jahren: (max. 5000 €) 500,- 1.000,- 1.500,- 2.000,- €
KIG3-5	80% der Restkosten, max 600,- Euro je Kiefer	80% der Mehrleistung bis max. 1000,- Euro	keine Leistung
Weitere Leistungsmerkmale			
Leistungsbegrenzungen in den ersten Jahren (Staffeln)	KEINE , leistet sofort ohne einschränkende Staffeln nach der Wartezeit.	in den ersten 5 V-Jahren, dannach unbeschränkt: erste 12 Monate: 1000,- Euro erste 24 Monate: 2.000,- Euro erste 36 Monate: 3.000,- Euro erste 48 Monate: 4.000,- Euro erste 60 Monate: 5.000,- Euro	in den ersten 4 V-Jahren bei Zahnersatz max. 4000 Euro, dannach unbeschränkt: erste 12 Monate: 1.000,- € erste 24 Monate: 2.000,- € erste 36 Monate: 3.000,- € erste 48 Monate: 4.000,- €
Max. Leistungsobergrenzen für best. Tätigkeiten, Material und Laborkosten (Leistungsverzeichnis)	Es gibt keine Leistungsobergrenzen	Es gibt keine Leistungsobergrenzen	Es gibt ein Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen mit erstattungsfähigen max. Höchstbeträgen. Verzeichnis ist "marktgerecht".
Wartezeit Zahnersatz und KFO	8 Monate	8 Monate	8 Monate
Wartezeit Zahnbehandlung und Prophylaxe	KEINE	3 Monate	8 Monate
GOZ Begrenzung	Leistung bis Höchstsatz (3,5 fache)	keine Begrenzung	Leistung bis Höchstsatz (3,5 fache)
Heil- u. Kostenplan-Pflicht	JA, ist grundsätzlich notwendig	empfohlen, keine Pflicht	JA, ab 1000,- Euro Rechnungsbetrag bei Zahnersatz
fehlende Zähne, Annahmerichtlinien, Gesundheitsfragen	fehlende Zähne sind nicht versicherbar; laufende Behandlungen sollten zuerst abgeschlossen werden; Sehr detaillierte Fragen zum Zahnzustand.	bis zu 4 fehlende Zähne können zu einem Beitragszuschlag von je 20% mitversichert werden; Ausschuß ist auch möglich Frage angeratenen Behandlungen und nach fehlenden Zähnen	Personen mit 4 oder mehr fehlenden Zähnen können nicht mehr versichert werden; Reduzierte Leistungsstaffeln in den ersten 48 Monaten bei 2 und 3 fehlenden Zähnen: 2: 300,- 600,- 900,- 1.200,- € 3: 150,- 300,- 450,- 600,- €
Beitragsgestaltung	steigt entsprechend der Beitragstabelle jedes Jahr an. Max. Beitrag mit 68 Jahren: Frauen ca. 46,- Euro, Männer ca. 42,60 Euro	steigt entsprechend der Beitragstabelle alle 5 Jahre an. Max. Beitrag mit 61 Jahren: Frauen ca. 45,- Euro, Männer ca. 37,50 Euro	steigt entsprechend der Beitragstabelle jedes Jahr an. Max. Beitrag mit 68 Jahren: Frauen ca. 42,- Euro, Männer ca. 37,- Euro
Behandelner Arzt braucht Kassenzulassung	NEIN	JA, wenn jedoch Kassen-Leistungen nicht abgerechnet werden, werden diese Kosten mit übernommen. Die Zuzahlung reduziert sich NICHT	NEIN, aber: Rechnungen sind jedoch nur dann erstattungsfähig, wenn für die Maßnahme insgesamt keine Leistungspflicht der GKV besteht!
Tarif-Besonderheiten	Schadenfreiheitsrabatte bei Baustein Zahnersatz, wenn in einem Jahr keine Leistungen in Anspruch genommen werden (Beitragsreduktion bis auf 65%)	Erster Zahntarif der ARAG mit Risikobeiträgen, die alle 5 Jahre um ca. 3-5 Euro ansteigen.	Frauen zahlen vergleichsweise wesentlich mehr ab dem 30ten Lebensjahr.

Versicherer, Tarif	ARAG Z100	Continentale CEZP	Barmenia ZG plus
Unsere Bewertung des Tarifs	***** (6)	***** (5)	***** (5)
Zahnbehandlung			
Professionelle Zahnreinigung	100% bis 160 Euro ohne Probleme	max. 80 Euro im Jahr	max. 85% begrenzt auf max. 85 Euro im Jahr
Hochwertige Kunststofffüllungen	zu 100%	zu 100%	zu 85%
Wurzelbehandlung	zu 100%	zu 100%, wenn keine Sachleistung der GKV	zu 85%
Parodontalbehandlung	zu 100%	zu 100%, wenn keine Sachleistung der GKV	zu 85%
Fissurenversiegelung	zu 100%	zu 100%	zu 85%
Zahnersatz			
Erstattungshöhe Onlays und Inlays *1)	80% inkl. Vorleistung der GKV	80% - 90 % inkl. GKV-Leistung	zu 85%
Erstattungshöhe Implantate	80% inkl. Vorleistung der GKV	80% - 90 % inkl. GKV-Leistung	mind. 85% *3) inkl. GKV
Erstattungshöhe Kronen und Brücken	80% inkl. Vorleistung der GKV	80% - 90 % inkl. GKV-Leistung	mind. 85% *3) inkl. GKV
Begrenzung Keramikverblendungen	Leistung bis 5er Zähne	nein, aber medizinische Notwendigkeit muss vorliegen	bis 6er bei medizinischer Notwendigkeit
Knochenaufbau	Ja	Ja	Ja
Funktionsanalyse/Therapie	Ja	Ja, aber nur im Zusammenhang mit Zahnersatz	Ja
Kieferorthopädie			
KIG2	80%, sonst keine weiteren Einschränkungen; medizinische Notwendigkeit muss vorliegen	Nein	Nein
KIG3-5	keine Leistung, da Kasse leistet	Nein	Nein
Weitere Leistungsmerkmale			
Leistungsbegrenzungen in den ersten Jahren (Staffeln)	in den ersten beiden Kalenderjahren max. 1500 Euro, dannach unbeschränkt: im ersten Kalenderjahr: 500,- € im zweiten Kalenderjahren: 1.000,- €	in den ersten 4 V-Jahren max. 3000 Euro, dannach unbeschränkt: erste 24 Monate: 1.000,- € erste 36 Monate: 1.500,- € erste 48 Monate: 3.000,- €	im ersten Kalenderjahr max 1000,- € in den ersten beiden Kalenderjahren max. 2000,- € in den ersten drei Kalenderjahren max. 3000,- € in den ersten vier Kalenderjahren max. 4000,- € in den ersten fünf Kalenderjahren max. 5000,- € danach unbeschränkt; entfallen bei Unfall
Max. Leistungsobergrenzen für best. Tätigkeiten, Material und Laborkosten (Leistungsverzeichnis)	Es gibt keine Leistungsobergrenzen	Es gibt keine Leistungsobergrenzen	Es gibt keine Leistungsobergrenzen
Wartezeit Zahnersatz und KFO	8 Monate	8 Monate	8 Monate
Wartezeit Zahnbehandlung und Prophylaxe	3 Monate	3 Monate	8 Monate
GOZ Begrenzung	keine Begrenzung	Leistung bis Höchstsatz (3,5 fache)	Leistung bis Höchstsatz (3,5 fache)
Heil- u. Kostenplan-Pflicht	empfohlen, keine Pflicht	empfohlen, keine Pflicht	ab 1000 Euro Rechnungsbetrag pflicht
fehlende Zähne, Annahmerichtlinien, Gesundheitsfragen	bis zu 4 fehlende Zähne können zu einem Beitragszuschlag von je 20% mitversichert werden; Ausschluß ist auch möglich Frage angeratenen Behandlungen und nach fehlenden Zähnen	bis zu 3 fehlende Zähne können mit versichert werden. Ein fehlender Zahn ohne weitere Einschränkung weiter reduzierende Leistungsstaffeln bei mehr fehlenden Zähnen: 500 - 750 - 1500 Euro	bis zu 3 fehlende Zähne können mit versichert werden. Ein fehlender Zahn ohne weitere Einschränkung, sonst reduzierte Staffeln in den ersten 3 Jahren: bei 2 fehlenden Zähnen: 250 - 500 - 750 Euro bei 3 fehlenden Zähnen: 125 - 250 - 375 Euro
Beitragsgestaltung	mit dem Eintrittsalter fixiert	mit dem Eintrittsalter fixiert	Beitragssprung mit 36 und 51 Jahren
Behandelner Arzt braucht Kassenzulassung	JA, wenn jedoch Kassen-Leistungen nicht abgerechnet werden, werden diese Kosten mit übernommen. Die Zuzahlung reduziert sich NICHT	JA, sonst keine Leistung	Nein, es werden bei Zahnersatz dann jedoch nur 45% und bei Inlays und Kunststofffüllungen 65% erstattet.
Tarif-Besonderheiten	Frauen zahlen wesentlich mehr schon ab dem 21ten Lebensjahr. Leistungsstaffeln beziehen sich auf das Kalenderjahr!	Sind mehr als 8 Zähne mit Zahnersatz versorgt, dann wird der Antrag abgelehnt.	Akkupunktur für Schmerztherapie zugelassen; durch eine zahnärztliche Untersuchung kann auf Wartezeit verzichtet werden.

Versicherer, Tarif	HanseMercur EZ EZT EZP	Württembergische PrivatPlus ZG70 BZG20 ZB	ARAG 50/90
Unsere Bewertung des Tarifs			
	***** (4)	***** (7)	***** (4)
Zahnbehandlung			
Professionelle Zahnreinigung	bis zu 50,- Euro im Kalenderjahr	100% des Rechnungsbetrages, 2x im Jahr	50% des Rechnungsbetrages
Hochwertige Kunststofffüllungen	zu 90% inkl. GKV Anteil	zu 100%	50% der Rechnung, mit GKV-Anteil nie mehr als 90%
Wurzelbehandlung	zu 100%	zu 100%	50% der Rechnung, mit GKV-Anteil nie mehr als 90%
Parodontalbehandlung	zu 100%	zu 100%	50% der Rechnung, mit GKV-Anteil nie mehr als 90%
Fissurenversiegelung	zu 100%	zu 100%	50% der Rechnung, mit GKV-Anteil nie mehr als 90%
Zahnersatz			
Erstattungshöhe Onlays und Inlays *1)	90% inkl. Vorleistung der GKV	100% % inkl. GKV-Leistung	50% des Rechnungsbetrages, zusammen mit Kasenteil nicht mehr als 90%
Erstattungshöhe Implantate	90% inkl. Vorleistung der GKV, (maximal 6 im Ober-Kiefer und max. 4 Implantate im Unterkiefer)	100% % inkl. GKV-Leistung	50% des Rechnungsbetrages, zusammen mit Kasenteil nicht mehr als 90%
Erstattungshöhe Kronen und Brücken	90% inkl. Vorleistung der GKV, Leistungsobergrenzen für Labor- und Materialkosten	100% % inkl. GKV-Leistung	50% des Rechnungsbetrages, zusammen mit Kasenteil nicht mehr als 90%
Begrenzung Keramikverblendungen	Leistung bis 6er Zähne	nein, aber medizinische Notwendigkeit muss vorliegen	bis 5er Zähne
Knochenaufbau	Ja, im Rahmen von Implantatbehandlungen	Ja, im Rahmen eines Implantates	Ja
Funktionsanalyse/Therapie	Ja, zu 90%, wenn mind. 2 oder mehr Zähne von der Zahnersatzmaßnahme betroffen sind	Ja, aber nur im Zusammenhang mit Zahnersatz	Ja
Kieferorthopädie			
KIG2	Nein	Nein	Ja, Aufwendungen werden mit dem tariflichen Satz erstattet.
KIG3-5	Nein	Nein	Nur bei Personen nach dem 18ten Lebensjahr.
Weitere Leistungsmerkmale			
Leistungsbegrenzungen in den ersten Jahren (Staffeln)	600,- € bis zum Ende des 1. Versicherungsjahres 1.200,- € bis zum Ende des 2. Versicherungsjahres 1.800,- € bis zum Ende des 3. Versicherungsjahres 2.400,- € bis zum Ende des 4. Versicherungsjahres dannach unbeschränkt	in den ersten 4 V-Jahren max. 8000 Euro, dannach unbeschränkt: erste 24 Monate: 900,- € erste 36 Monate: 1.800,- € erste 48 Monate: 2.700,- € erste 60 Monate: 3.600,- €	im ersten Kalenderjahr max 310,- € im zweiten Kalenderjahre max. 620,- € danach unbeschränkt; entfallen bei Unfall
Max. Leistungsobergrenzen für best. Tätigkeiten, Material und Laborkosten (Leistungsverzeichnis)	Ja es gibt eine entsprechende Tabelle für Material- und Laborleistungen. Die Leistungen sind sehr konservativ berechnet.	Es gibt keine Leistungsobergrenzen	Es gibt keine Leistungsobergrenzen
Wartezeit Zahnersatz und KFO	6 Monate	8 Monate	8 Monate
Wartezeit Zahnbehandlung und Prophylaxe	6 Monate	8 Monate	3 Monate
GOZ Begrenzung	Leistung bis Höchstsatz (3,5 fache)	Leistung bis Höchstsatz (3,5 fache)	Leistung bis Höchstsatz (3,5 fache)
Heil- u. Kostenplan-Pflicht	notwendig	Ja, wird empfohlen bei Maßnahmen über 1500,- Euro	empfohlenn keine Pflicht
fehlende Zähne, Annahmerichtlinien, Gesundheitsfragen	Beitragsaufschlag im Monat pro fehlendem Zahn: 3,00 €	bis zu 2 fehlende Zähne können mit versichert werden, ohne Einschränkung	für max. 4 fehlende oder durch Prothesen ersetzte Zähne wird je Zahn ein Risikozuschlag von 10% berechnet
Beitragsgestaltung	mit dem Eintrittsalter fixiert	mit dem Eintrittsalter fixiert	mit dem Eintrittsalter fixiert
Behandelner Arzt braucht Kassenzulassung	JA, sonst entfällt eine Erstattung für Zahnersatz, orale Implantate und augmentative Behandlung.	NEIN; wenn die Kasse nicht leistet werden max. 90% der Kosten bei Zahnersatz übernommen.	Privatärztliche Rechnungen nur dann, wenn die med. notwendige Behandlung nicht im Rahmen einer kassenärztlich Versorgung abgerechnet werden kann.
Tarif-Besonderheiten	Frauen zahlen bei diesem Tarif nicht wesentlich mehr als Männer.	Einziger Zahntarif in Deutschland, der 100% der tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen trägt. Beitrag ist entsprechend hoch. Z.Z. der teuerste Zahntarif	Sehr guter und vor allem günstiger Zahntarif, wenn man keine Luxus-Sanierung der Zähne anstrebt.

Versicherer, Tarif	Allianz Tarif 740	Allianz ZahnFit & ZahnBest	ergo direkt ZAB+ZAE+ZBB+ZBE
Unsere Bewertung des Tarifs	**** (4)	***** (5)	**** (5)
Zahnbehandlung			
Professionelle Zahnreinigung	zu 75%	bis zu 50,- Euro im Jahr	100% bis 160 Euro ohne Probleme
Hochwertige Kunststofffüllungen	75% der Gesamtkosten bis zu 100% mit Kassenanteil	zu 100%	zu 100%
Wurzelbehandlung	75% der Gesamtkosten bis zu 100% mit Kassenanteil	zu 100%	zu 100%
Parodontalbehandlung	75% der Gesamtkosten bis zu 100% mit Kassenanteil	zu 100%	zu 100%
Fissurenversiegelung	75% der Gesamtkosten bis zu 100% mit Kassenanteil	zu 100%	zu 100%
Zahnersatz			
Erstattungshöhe Onlays und Inlays *1)	75% der Gesamtkosten bis zu 100% mit Kassenanteil	90% inkl. Vorleistung der GKV	100% inkl. Vorleistung der GKV
Erstattungshöhe Implantate	50% der Gesamtkosten bis zu 100% mit Kassenanteil	90 % der Gesamtkosten inkl. GKV-Leistung	90% inkl. Vorleistung der GKV
Erstattungshöhe Kronen und Brücken	50% der Gesamtkosten bis zu 100% mit Kassenanteil	90 % der Gesamtkosten inkl. GKV-Leistung	90% inkl. Vorleistung der GKV
Begrenzung Keramikverblendungen	Leistung bis 6er Zähne	Leistung bis 6er Zähne	Leistung bis 6er Zähne
Knochenaufbau	Ja, im Rahmen von Implantatbehandlungen	Ja, im Rahmen von Implantatbehandlungen	Ja
Funktionsanalyse/Therapie	75% der Gesamtkosten bis zu 100% mit Kassenanteil	Ja	Ja
Kieferorthopädie			
KIG2	50% der Gesamtkosten bis zu 100% mit Kassenanteil	90% der Gesamtkosten; max. 2.000 Euro pro Behandlung	keine Leistung
KIG3-5	50% der Gesamtkosten bis zu 100% mit Kassenanteil	90% der nach GKV-Vorleistung verbleibenden Kosten;	keine Leistung
Weitere Leistungsmerkmale			
Leistungsbegrenzungen in den ersten Jahren (Staffeln)	keine Staffeln	Bei Zahnbehandlung: in den ersten 48 Monaten (12/24/36/48): 250 / 500 / 750 / 1.000 Euro, dannach unbegrenzt. Bei Zahnersatz: in den ersten 48 Monaten (12/24/36/48): 500 / 1.000 / 1.500 / 2.000 Euro, dannach unbegrenzt.	in den ersten 4 V-Jahren bei Zahnersatz max. 2000 Euro, dannach unbeschränkt: erste 12 Monate: 500,- € erste 24 Monate: 1.000,- € erste 36 Monate: 1.500,- € erste 48 Monate: 2.000,- €
Max. Leistungsobergrenzen für best. Tätigkeiten, Material und Laborkosten (Leistungsverzeichnis)	Nein	Nein	Es gibt keine Leistungsobergrenzen
Wartezeit Zahnersatz und KFO	keine Wartezeit	keine Wartezeit	keine Wartezeit
Wartezeit Zahnbehandlung und Prophylaxe	keine Wartezeit	keine Wartezeit	keine Wartezeit
GOZ Begrenzung	keine Begrenzung	Leistung bis Höchstsatz (3,5 fache)	Leistung bis Höchstsatz (3,5 fache)
Heil- u. Kostenplan-Pflicht	emphohlen	emphohlen	JA
fehlende Zähne, Annahmerichtlinien, Gesundheitsfragen	10,- € Zuschlag pro fehlendem Zahn. Ab 3 fehlende Zähne muss der Zahnarzt genannt werden. 13,- € Zuschlag für "ersetzte" Zähne, wenn mehr als 9 Zähne betroffen sind.	fehlende Zähne sind nicht versicherbar	fehlende Zähne sind nicht versicherbar; keine Gesundheitsfragen; Leistungen für angeratene und begonnene Behandlungen werden ausgeschlossen
Beitragsgestaltung	mit dem Eintrittsalter fixiert	mit dem Eintrittsalter fixiert	steigt entsprechend der Beitragstabelle alle 5 Jahre an. Max. Beitrag mit 51 Jahren ist 38,70 Euro
Behandelner Arzt braucht Kassenzulassung	Nein, Rechnungen von privatärzten werden akzeptiert. Dann entfällt jedoch die Kassenzuschuß!	Nein	JA, wenn die gesetzliche Krankenversicherung eine für die Zahnersatz-Maßnahme an sich vorgesehene Leistung nicht erbringt, werden 35% angesetzt. Die Zuzahlung reduziert sich demnach dann auf 55% des Rechnungsbetrages.
Tarif-Besonderheiten	Leistungsgrundlage ist die Rechnung ohne Berücksichtigung des Kassenzuschusses. Auf Staffeln und Wartezeiten wird verzichtet.	Sehr gute Zahnzusatzversicherung mit guten Leistungen für Kieferorthopädie. Für junge Versicherungsnehmer etwas teurer als vergleichbare Tarife.	Männer und Frauen zahlen die gleichen Beiträge