



Zeigen Sie Ihr schönstes Lächeln ...

uni-dent|Komfort

... und sichern Sie sich attraktive Zuschüsse für den Erhalt Ihrer Zähne.

Professionelle Zahnpflege und hochwertiger Zahnersatz werden immer mehr zur Privatsache. Denn Ihre Krankenkasse bezahlt selbst bei einfachen Regelversorgungen nur noch 50-65% der anfallenden Kosten.

uni-dent|Komfort und uni-dent|Privat

schützen Sie vor hohen Eigenbeteiligungen bei Zahnersatz. Und das ganz einfach – **ohne Gesundheitsprüfung!**



**Top-Schutz
beim Zahnarzt**

uni-dent|Komfort

Mit **uni-dent|Komfort** verdoppeln Sie den Festzuschuss Ihrer Krankenkasse für Zahnersatz – ganz einfach und unbürokratisch und das zu einem minimalen Beitrag!

Entscheiden Sie sich für eine einfache funktionale Versorgung und reduzieren Sie Ihre Eigenbeteiligung im besten Fall **sogar auf Null!**

uni-dent|Privat

Sichern Sie sich eine **Top-Versorgung** und werden Sie bei Ihrem Zahnarzt praktisch zum Privatpatienten.

Ob Inlays, hochwertige Füllungen, Kronen, aufwendige Brücken oder sogar Implantate. Sichern Sie bis zu 90% der entstehenden Kosten ab!

Wir haben auch an Ihre Kinder gedacht. **uni-dent|Privat** leistet bei **kieferorthopädischen Behandlungen**, selbst wenn die Kasse nichts bezahlt.

... der günstige Weg, um Ihre Eigenbeteiligung bei Zahnersatz spürbar zu reduzieren.

- ✓ Für **professionelle Zahnreinigung** und **Zahnprophylaxe** stehen Ihnen bis zu 75 EUR pro Kalenderjahr zur Verfügung.
- ✓ Keine Eigenbeteiligung bei einfacher und funktionaler Regelversorgung – zusammen mit Ihrer Kasse übernehmen wir 100% der entstehenden Kosten.
- ✓ Bei **hochwertigem Zahnersatz**, wie z. B. aufwendigen Brücken, besten Materialien bei Kronen oder sogar implantatgetragendem Zahnersatz, verdoppeln wir den Festzuschuss Ihrer Kasse – auch wenn Sie aufgrund guter Zahnpflege den Maximal-Zuschuss von 65% bekommen. Zusammen mit Ihrer Kasse erhalten Sie damit bis zu 100% der entstehenden Kosten.
- ✓ Verdoppelung des Kassenzuschusses für **plastische Zahnfüllungen**, zusammen mit der Erstattung für **professionelle Zahnreinigung** und **Zahnprophylaxe** bis zu insgesamt 75 EUR pro Kalenderjahr.
- ✓ Unkomplizierte **Antragstellung ohne Gesundheitsprüfung**.

Das leistet uni-dent Komfort	3 Kronen keramikvoll-verbündet	Kronengetragene Brücke im Frontzahnbereich
Zahnarzt Honorar inkl. Material-/Laborkosten	1.344,57 EUR	1.906,70 EUR
Max. Kassenzuschuss	- 666,66 EUR	- 1.299,14 EUR
Ihre Eigenleistung	677,91 EUR	607,56 EUR
Wir übernehmen bis zu	666,66 EUR	607,56 EUR
Ihre Eigenleistung mit uni-dent Komfort	11,25 EUR	0,00 EUR

Die Leistungen sind begrenzt auf: 300 EUR im ersten Kalenderjahr (KJ), 600 EUR in den ersten beiden KJ, 900 EUR in den ersten drei KJ und 1.200 EUR in den ersten vier KJ. Ab dem fünften KJ sowie bei Unfällen entfällt die Summenbegrenzung.



... macht Sie bei Ihrem Zahnarzt zum Privatpatienten.

- ✓ Zusammen mit Ihrer Kasse erstatten wir 80% der entstehenden Kosten, z. B. für ...
 - ... hochwertige Füllungen aus Metall, Kunststoff oder Keramik (z. B. **Inlays/Onlays**)
 - ... allgemeine **Zahnbehandlungsmaßnahmen** (z. B. Wurzel- und Parodontosebehandlungen)
 - ... **privatzahnärztliche Vergütungen**
 - ... **hochwertigen Zahnersatz**, wie z. B. Kronen, Brücken, Implantate und implantatgetragenen Zahnersatz inkl. erforderlichem Knochenaufbau
 - ... **funktionsanalytische** und **funktionstherapeutische** Leistungen.
- ✓ **Erhöhung der Erstattung von 80% auf bis zu 90% bei regelmäßiger Vorsorge.**
- ✓ **moderne Behandlungsformen** (wie z. B. CEREC-Verfahren, Icon, DROS-Schienen, PerioChip-Methode)



... leistet zusätzlich auch für die Zahnspange Ihrer mitversicherten Kinder – selbst wenn die Kasse gar nichts bezahlt.

- ✓ Erstattung von 80% für **Zahn- und Kieferregulierung**, bis zu 600 EUR je Kiefer bei Kindern bis zum 18. Lebensjahr, wenn die Kasse aufgrund des Kiefer-Indikations-Gruppen-Systems (KIG 1-5) ...
 - ... gar nicht leistet (KIG-Stufen 1+2) oder
 - ... für private Mehrkosten (KIG-Stufen 3-5), z. B. Mini-Metall-, Keramik- und Kunststoffbrackets.
- ✓ Für **professionelle Zahnreinigung** und **Zahnprophylaxe** stehen Ihnen zusätzlich bis zu 75 EUR pro Kalenderjahr zur Verfügung. **Extra-Leistung:** Einmalige Erhöhungsmöglichkeit um weitere 75 EUR im ersten Versicherungsjahr durch Vorlage eines vom Zahnarzt ausgestellten aktuellen Zahnstatus.
- ✓ Behandlung durch Zahnärzte mit Kassenzulassung als auch reine Privat Zahnärzte.
- ✓ Unkomplizierte **Antragstellung ohne Gesundheitsprüfung.**

Das leistet uni-dent Privat	2 Keramik-Inlays (Privatversorgung)	1 Implantat mit Knochenaufbau und Suprakonstruktion (Privatversorgung)	3 Implantate mit Knochenaufbau und Suprakonstruktion und zwei Kronen (Privatversorgung)
Zahnarzthonorar inkl. Material-/Laborkosten	1.536,24 EUR	3.066,27 EUR	10.056,90 EUR
Max. Kassenzuschuss	- 93,93 EUR	- 386,51 EUR	- 1.272,88 EUR
Ihre Eigenleistung	1.442,31 EUR	2.679,76 EUR	8.784,02 EUR
Wir übernehmen bis zu	1.288,69 EUR	2.373,13 EUR	7.778,33 EUR
Ihre Eigenleistung mit uni-dent Privat	153,62 EUR	306,63 EUR	1.005,69 EUR

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind begrenzt auf: 750 EUR im ersten Kalenderjahr (KJ), 1.500 EUR in den ersten beiden KJ, 2.250 EUR in den ersten drei KJ, 3.000 EUR in den ersten vier KJ. Ab dem fünften KJ sowie bei Unfällen entfällt die Summenbegrenzung.

Die genauen Vertragsinhalte ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die dem jeweiligen Tarif zugrunde liegen.

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: uniVersa Krankenversicherung a. G.
Deutschland

Produkt: **Tarif uni-dent|Komfort und
Tarif uni-dent|Privat**

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz. **Bitte beachten Sie, dass diese Informationen nicht abschließend sind und somit kein vollständiger Überblick über den Vertragsinhalt gegeben werden kann.** Den genauen Vertragsinhalt entnehmen Sie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, bestehend aus MB/KK 2009 (Teil I), TB/KK (Teil II) und den Tarifen (Teil III), sowie dem Versicherungsantrag, dem Versicherungsschein sowie gegebenenfalls weiteren Besonderen Bedingungen und Vereinbarungen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Zahnzusatzversicherung. Sie sichert Sie gegen das Krankheitskostenrisiko ab.



Was ist versichert?

Im vertraglichen Umfang werden Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen erstattet.

Tarif uni-dent|Komfort:

- ✓ Verdoppelung des von der GKV gezahlten Festzuschusses für Zahnersatzmaßnahmen (Kronen, Prothesen, Brücken und implantatgetragener Zahnersatz).
- ✓ Kostenerstattung für professionelle Zahnreinigung und Zahnprophylaxe sowie plastische Zahnfüllungen.

Tarif uni-dent|Privat:

- ✓ Kostenerstattung für Zahnersatz (Kronen, Prothesen, Brücken, orale **Implantate**, implantatgetragener Zahnersatz, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Knirscherschienen).
- ✓ allgemeine Zahnbehandlungsmaßnahmen.
- ✓ Einlagefüllungen (**Inlays und Onlays**).
- ✓ funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen, Zahn- und Kieferregulierung.
- ✓ professionelle Zahnreinigung und Zahnprophylaxe.
- ✓ **Zahn- und Kieferregulierung bei Kindern.**



Was ist nicht versichert

- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle, einschließlich deren Folgen.
- ✗ Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder.
- ✗ Heilbehandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind.
- ✗ Behandlung durch Zahnärzte deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- Versicherungsschutz kann nicht in jedem Fall gewährt werden, weil sonst die Beiträge unangemessen hoch wären.
- ! Für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie für vor Vertragsabschluss begonnene oder angeratene Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz.
 - ! Die Höhe der Versicherungsleistung hängt davon ab, welcher Tarif vereinbart ist. Je nach versichertem Tarif gelten Leistungshöchstsätze sowie ggf. Erstattungshöchstsätze.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Bitte beachten Sie die weiteren Regelungen in § 1 (4) MB/KK 2009 und TB/KK.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Auf Verlangen des Versicherers ist jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Jede versicherte Person hat für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- Der Abschluss einer weiteren Krankheitskostenversicherung bei einem weiteren Versicherer ist unverzüglich anzuzeigen.



Wann und wie zahle ich?

Der Beitrag ist grundsätzlich ein Jahresbeitrag, kann aber in monatlichen Beitragsraten bezahlt werden. Die erste Beitragsrate ist unverzüglich zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins, nicht aber vor dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt fällig. Die weiteren Beitragsraten sind dann am Ersten eines jeden Monats fällig. Die Dauer der Beitragszahlung ist vom Bestehen des Vertrages abhängig. Mit dem Vertragsende endet die Beitragszahlungspflicht.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt grundsätzlich zu dem beantragten Datum (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf von Wartezeiten, und wenn die Zahlung der Erstprämie rechtzeitig erfolgt ist. Wird die Erstprämie nicht bezahlt, besteht kein Versicherungsschutz. Mit der Vertragsbeendigung endet auch der Versicherungsschutz.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Die **Mindestvertragsdauer beträgt zwei Jahre**. Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vorgenannten Mindestvertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Bei einer eventuellen Beitragserhöhung können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person auch vorzeitig kündigen.

Verbraucherinformation

Die Identität des Versicherers

Ihr Vertragspartner ist die uniVersa Krankenversicherung a.G., Sulzbacher Straße 1-7 in 90489 Nürnberg (eingetragen im Handelsregister des Amtsgerichtes Nürnberg unter der Handelsregisternummer HRB 540). Sie hat die Rechtsform eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit (VVaG).

Unsere ladungsfähige Anschrift

Die ladungsfähige Anschrift der uniVersa Krankenversicherung a.G. lautet wie folgt:

uniVersa Krankenversicherung a.G., gesetzlich vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch die Vorstandsmitglieder Michael Baulig und Werner Gremmelmaier, Sulzbacher Str. 1-7, 90489 Nürnberg.

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit liegt in der Absicherung von Krankheits- und Pflegerisiken.

Sicherungsfonds in der privaten Krankenversicherung

Zur Absicherung der Ansprüche aus Ihrem Vertrag besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds, der bei der Medicator AG, Gustav Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln, errichtet ist.

Im Sicherheitsfall würde die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die uniVersa Krankenversicherung a.G. gehört diesem Sicherungsfonds zu Ihrem Schutz an.

Zustandekommen des Vertrages

Haben Sie einen Antrag auf Abschluss einer Versicherung gestellt, kommt der Vertrag durch ausdrückliche Annahmeerklärung des Versicherers zustande. Erfolgt eine solche nicht, kommt der Vertrag durch Übersendung des Versicherungsscheines zustande.

Ihr Versicherungsschutz beginnt nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten Versicherungsbeginn. Bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

Tarif uni-dent|Komfort (uni-dent-K) für zahnärztliche Leistungen bei GKV-Versicherten

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

I Versicherungsfähigkeit

1 Versicherungsfähigkeit:

Personen, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

2 Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich dieses Tarifes zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt. Der Versicherer ist berechtigt, über den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einen entsprechenden Nachweis zu verlangen.

II Leistungen des Versicherers

1 Verdoppelung des Festzuschusses

- 1.1 Erstattet werden im Versicherungsfall Aufwendungen für im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung durchgeführte Zahnersatzmaßnahmen für bei Vertragsabschluss vorhandene Zähne oder vorhandenen dauerhaften Zahnersatz, für die ein Festzuschuss der GKV nach § 55 Abs. 1 SGB V tatsächlich gezahlt wird. Für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie für vor Vertragsabschluss begonnene oder angeratene Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz. Zahnersatzmaßnahmen sind:

- Kronen aus Metall oder Keramik (hierzu gehören insbesondere auch Kunststoff- und Keramikverblendungen, Keramikverblendschalen (Veneers), z.B. bei Zahnhartsubstanzdefekten oder freiliegenden Zahnhälsen, oder Kronen im CEREC-Verfahren),
- prothetische Versorgung,
- Brücken und
- implantatgetragener Zahnersatz

einschließlich

- der damit in unmittelbarem Zusammenhang stehenden Aufwendungen für Material- und Laborkosten und
- der notwendig werdenden Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparatur).

1.2 Leistungshöchstsätze im Tarif uni-dent|Komfort

Für die Versicherungsleistungen der unter II.1.1 aufgeführten Maßnahmen gelten folgende Leistungshöchstsätze:

- a) 300 EUR insgesamt für alle Maßnahmen des ersten Kalenderjahres;
- b) 600 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten beiden Kalenderjahre;
- c) 900 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten drei Kalenderjahre;
- d) 1.200 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten vier Kalenderjahre.

Ab dem fünften Kalenderjahr entfällt die summenmäßige Begrenzung.

- 1.3 Werden zahnärztliche Leistungen gemäß II.1.1 aufgrund eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls notwendig, entfallen dafür die Leistungshöchstsätze. Die Erstattung für solche Maßnahmen wird auf die jeweiligen Leistungshöchstsätze nicht angerechnet.

- 1.4 Die erstattungsfähigen Aufwendungen nach II.1.1 werden in gleicher Höhe wie der von der GKV gezahlte Festzuschuss erstattet. Bei ausschließlicher Inanspruchnahme der Regelversorgung erfolgt eine Erstattung zu 100 %. Insgesamt ist die Er-

stattung unter Anrechnung des von der GKV bezahlten Betrages und anderweitiger Versicherungsleistungen auf 100 % des Rechnungsbetrages begrenzt.

2 Leistungen für Zahnreinigung/Zahnprophylaxe und Zahnfüllungen

Zusätzlich zu den unter II.1 genannten Leistungen sind bis zu einem Gesamtbetrag von insgesamt **75 EUR je Kalenderjahr** erstattungsfähig:

2.1 Professionelle Zahnreinigung/Zahnprophylaxe

Erstattet werden Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen

- zur Entfernung von Zahnbelägen, Zahnstein und subgingivalen Konkrementen mit Handinstrumenten, Ultraschallgeräten, Lasergeräten und Pulverstrahlgeräten,
- zur Erstellung eines Mundhygienestatus und
- zur Fissurenversiegelung.

2.2 Plastische Zahnfüllungen

Erstattet werden Aufwendungen für plastische Zahnfüllungen in der gleichen Höhe wie der Zuschuss, der von der GKV tatsächlich gezahlt wird.

- 2.3 In Rechnung gestellte Leistungen sind nur insoweit erstattungsfähige Aufwendungen, als die in Rechnung gestellten Beträge entsprechend den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) berechnet sind und die dort festgesetzten Höchstsätze nicht überschreiten.

3 Zusatz- und Begleitleistungen

Zum Leistungsumfang des Versicherers nach II.1.1 und II.2.2 gehören auch die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorgesehenen Zusatz- und Begleitleistungen (z.B. OP-Mikroskop, Anwendung eines Lasers).

4 Leistungsvoraussetzungen

Die Höhe der GKV-Vorleistung ist durch einen entsprechenden Erstattungsvermerk der GKV auf der jeweiligen Originalrechnung nachzuweisen.

5 Kalenderjahresregelung

Die in II.1.2 und II.2 vorgesehenen Höchstsätze nach Kalenderjahren gelten jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres. Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr.

III Beitragszahlung

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrages richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Abweichend von § 8 a (2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, ist von Beginn des Kalenderjahres an, in dem die versicherte Person das 16., 21., 26., 31., 36., 41., 46., 51., 56., 61., 66., 71., 76., 81., 86., 91., 96. oder 101. Lebensjahr vollendet, der ihrem tariflichen Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

Tarif uni-dent|Privat (uni-dent-P) für zahnärztliche Leistungen bei GKV-Versicherten

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

I Versicherungsfähigkeit

1 Versicherungsfähig sind:

Personen, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

2 Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich dieses Tarifes zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt. Der Versicherer ist berechtigt, über den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einen entsprechenden Nachweis zu verlangen.

II Leistungen des Versicherers

1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattet werden im Versicherungsfall Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen für bei Vertragsabschluss vorhandene Zähne oder vorhandenen dauerhaften Zahnersatz sowie für Maßnahmen der Zahn- und Kieferregulierung bei Kindern. Die Gebühren bei privatärztlichen Rechnungen, einschließlich der in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorgesehenen Zusatz- und Begleitleistungen (z.B. OP-Mikroskop, Anwendung eines Lasers), sind im tariflichen Umfang innerhalb der Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen erstattungsfähig. Für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie für vor Vertragsabschluss begonnene oder angeratene Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz. Erstattungsfähige Aufwendungen sind Leistungen für

1.1 Zahnersatzmaßnahmen

- zahnärztliche und zahntechnische Leistungen, einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen für
- Kronen aus Metall oder Keramik (hierzu gehören insbesondere auch Kunststoff- und Keramikverblendungen, Keramikverblendschalen (Veneers), z.B. bei Zahnhartsubstanzdefekten oder freiliegenden Zahnhalsen, oder Kronen im CEREC-Verfahren),
- prothetische Versorgung,
- Brücken,
- orale Implantate inkl. augmentativer Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial sowie die Therapieformen einer Knochenspreizung, Knochenverlängerung und Sinuslift),
- implantatgetragenen Zahnersatz,
- Eingliederung von Aufbissbehelfen (z.B. DROS-Schienen) und
- Knirscherschienen.

1.2 Allgemeine Zahnbehandlungsmaßnahmen

- allgemeine, konservierende auch mikroinvasive Kariesinfiltrationen z.B. ICON, (außer bei der Versorgung mit Kronen oder Inlays) und chirurgische zahnärztliche Leistungen,
- Maßnahmen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums (z.B. Parodontosebehandlungen mittels PerioChip),
- Maßnahmen zur Behandlung von Wurzelkrankungen und
- Erstellen eines Heil- und Kostenplans nach II.4.1.

1.3 Inlays/Onlays

- Einlagefüllungen aus Metall, Kunststoff oder Keramik (z.B. CEREC-Verfahren).

1.4 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

- zahnärztliche Maßnahmen zur Diagnose, Behebung oder Besserung einer Störung der Funktion von Kiefergelenken, Kaumuskulatur und Zähne.

1.5 Professionelle Zahnreinigung/Zahnprophylaxe

- zahnärztliche Leistungen zur Zahnreinigung:
 - Entfernung von Zahnbelägen, Zahnstein und subgingivalen Konkrementen mit Handinstrumenten, Ultraschallgeräten, Lasergeräten und Pulverstrahlgeräten
- zahnärztliche Leistungen zur Zahnprophylaxe:
 - Erstellung eines Mundhygienestatus,
 - Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Verhinderung,
 - Fluoridierung von Zähnen,
 - Behandlung von überempfindlichen Zähnen und
 - Fissurenversiegelung.

1.6 Zahn- und Kieferregulierung bei Kindern

- zahnärztliche bzw. kieferorthopädische und zahntechnische Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

2 Leistungsumfang

2.1 Leistungsumfang bei Aufwendungen nach II.1.1 bis II.1.4

Erstattet werden unter Anrechnung der Vorleistung der GKV insgesamt

- 100 % der im Rahmen der Regelversorgung der GKV in Rechnung gestellten Kosten für Zahnbehandlung und Zahnersatz, wenn die Rechnung keine privatärztlichen Vergütungsbestandteile enthält.
- 80 % der Kosten für Zahnbehandlung und Zahnersatz, wenn die Rechnung vollständig oder teilweise privatärztliche Vergütungsanteile enthält; mindestens werden die Kosten erstattet, die bei einer Abrechnung gemäß a) erster Halbsatz erstattungsfähig wären.

Bei Nachweis einer regelmäßigen ununterbrochenen jährlichen Teilnahme der versicherten Person an Vorsorgeuntersuchungen durch zahnärztliche Bestätigung (z. B. Vorlage des Bonusheftes) erhöht sich der maximale Erstattungsbetrag auf 85 % bei Nachweis von fünf Jahren und auf 90 % bei Nachweis von zehn Jahren.

Erfolgt eine Vorleistung der GKV nicht, wird ein pauschaler Betrag als Leistung der GKV angerechnet. Bei Leistungen nach II.1.1 beträgt dieser 40 % und bei Leistungen nach II.1.2 bis II.1.4 20 %. Gleiches gilt für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV keine Vorleistung erbringt.

2.2 Leistungsumfang bei Aufwendungen nach II.1.5

- Erstattet werden Aufwendungen nach II.1.5 bis zu einem Gesamtbetrag von insgesamt 75 EUR je Kalenderjahr.
- Dieser Betrag erhöht sich einmalig um weitere 75 EUR im ersten Versicherungsjahr, wenn mit der ersten Rechnung über Maßnahmen nach II.1.5 zugleich ein vom Zahnarzt ausgestellter aktueller Zahnstatus eingereicht wird und die Maßnahmen innerhalb des ersten Jahres nach Versicherungsbeginn (erstes Versicherungsjahr) durchgeführt wurden. Für II.2.2 b) gelten die Wartezeiten gemäß § 3 Abs. 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, nicht.

2.3 Leistungsumfang bei Aufwendungen nach II.1.6

Erstattet werden

- 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, sofern kein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV besteht (KIG 1+2) bis höchstens 600 EUR je behandeltem Kiefer für die gesamte kieferorthopädische Behandlung.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) und aus den Paragraphen

b) 80 % des Rechnungsbetrages der bei Abschluss einer Mehrkostenvereinbarung vom Leistungsanspruch gegen eine GKV nicht umfassten Leistungen bei KIG 3-5 bis höchstens 600 EUR je behandeltem Kiefer für die gesamte kieferorthopädische Behandlung.

Unter die Mehrkostenvereinbarung fallen kieferorthopädische Zusatzleistungen, insbesondere Mini-Metall-, Keramik- und Kunststoffbrackets, unsichtbare Zahnsperre (Invisalign), Lingualtechnik, festsitzender Retainer, konfektionierte herausnehmbare Geräte, festsitzender Lückenhalter, farbige/farblose Bögen/Teilbögen, thermisch programmierbare oder plastische Bögen/Teilbögen, Pendulum, Distal-Jet sowie funktionsanalytische/funktionstherapeutische Maßnahmen.

3 Leistungshöchstsätze im Tarif uni-dent|Privat

3.1 Der Leistungsanspruch für alle erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß II.1.1 bis II.1.6 zusammen errechnet sich unter Berücksichtigung der jeweils nach II.2.1 und II.2.3 maßgeblichen Erstattungsprozentsätze höchstens aus einem erstattungsfähigen Betrag (Höchstbetrag) von

- a) 750 EUR insgesamt für alle Maßnahmen des ersten Kalenderjahres;
- b) 1.500 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten beiden Kalenderjahre;
- c) 2.250 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten drei Kalenderjahre;
- d) 3.000 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten vier Kalenderjahre;

Ab dem fünften Kalenderjahr entfällt die summenmäßige Begrenzung.

3.2 Auf den Höchstbetrag der jeweiligen Kalenderjahre werden zu erst die erstattungsfähigen Beträge für Zahnbehandlung/vorbeugende Maßnahmen/Zahn- und Kieferregulierung und danach die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz/funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen angerechnet.

3.3 Zahntechnische Leistungen werden für die Berücksichtigung der Höchstbeträge dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem die angefertigten Materialien vom Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden eingegliedert werden.

3.4 Werden zahnärztliche Leistungen gemäß II.1 aufgrund eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls notwendig, entfallen dafür die Leistungshöchstsätze. Die Erstattung für solche Maßnahmen wird auf die jeweiligen Leistungshöchstsätze nicht angerechnet.

3.5 Die in II.3.1 vorgesehenen Höchstbeträge nach Kalenderjahren gelten jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres. Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr.

4 Leistungsvoraussetzungen

4.1 Heil- und Kostenplan

Erfolgt eine Leistung der GKV nicht, wird für Inlays, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes des Behandlers dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind.

4.2 Nachweis

Die Höhe der GKV-Vorleistung ist durch einen entsprechenden Erstattungsvermerk der GKV auf der jeweiligen Originalrechnung nachzuweisen.

III Beitragszahlung

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrages richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Abweichend von § 8 a (2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, ist von Beginn des Kalenderjahres an, in dem die versicherte Person das 16., 21., 26., 31., 36., 41., 46., 51., 56., 61., 66., 71., 76., 81., 86., 91., 96. oder 101. Lebensjahr vollendet, der ihrem tariflichen Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.