Union Krankenversicherung
Aktiengesellschaft

Tarif ZahnVITAL
Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.07.2009, SAP-Nr. V677
Es gelten die AVB/VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

2. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung im Tarif ZahnVITAL endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zu dem Zeitpunkt, an dem die Versicherung in der GKV endet.

II. Versicherungsleistungen

1. Erstattungsfähige Aufwendungen
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen einer erstmals nach Vertragsschluss angeratenen und durchgeführten medizinisch notwendigen zahnerhaltenden Maßnahme. Dabei erstattet der Tarif einen festen Betrag in Höhe von
a) **50 Euro** pro Jahr für die **professionelle Zahnreinigung.** Diese umfasst z. B. die Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen, Air Flow (Glätten und Polieren der Zähne) sowie Fluoridversiegelung.

b) **50 Euro** je Zahn für **Kunststofffüllungen**.

c) **100 Euro** je Zahn für **Einlagefüllungen (Inlays und Onlays)**.

Die tariflichen Leistungen sind zusammen mit den Leistungen der GKV und gegebenenfalls weiteren bestehenden privaten Zahnergänzungsversicherungen auf insgesamt 100 % der entstandenen Aufwendungen begrenzt. Zu diesen Aufwendungen zählen bei Kunststofffüllungen (unter II. 1. b) und Einlagefüllungen (unter II. 1. c) unter anderem auch die damit verbundenen **zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien** sowie die damit verbundenen **funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen**.

Der Versicherungsnehmer hat die Leistungen, die von der GKV und anderen Versicherern erbracht werden, nachzuweisen.

2. Die Erstattung unter II. 1. a) – c) ist
- im ersten Versicherungsjahr auf insgesamt 250 Euro,
- in den ersten zwei Versicherungsjahren auf insgesamt 500 Euro,
- in den ersten drei Versicherungsjahren auf insgesamt 750 Euro,
- in den ersten vier Versicherungsjahren auf insgesamt 1.000 Euro

begrenzt.
Hierbei werden die Erstattungen aus dem Versicherungsjahr, in dem die Behandlung stattfand, und die aus den jeweils vorhergehenden Versicherungsjahren zusammengerechnet.

Die Begrenzungen entfallen ab dem 5. Versicherungsjahr. Sie gelten nicht für einen Versicherungsfall, der durch einen nachträglich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall verursacht wurde. Die Erstattung für solche Maßnahmen wird auf die jeweiligen Höchstsätze nicht angerechnet.

3. Abweichend von § 3 AVB/VT entfällt die Wartezeit.

4. Die Erstattungsbeträge für professionelle Zahnreinigung, Kunststofffüllungen sowie Einlagefüllungen (Inlays und Onlays) können unter den Voraussetzungen des § 203 Absatz 3, 4 und 5 VVG mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Kalenderjahres, den veränderten Verhältnissen im Gesundheitswesen angepasst werden.

5. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf
- vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheines oder schriftliche Annahmeerklärung) zahnärztlich angeratene, beabsichtigte oder laufende Behandlungen. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.
- Zahnersatzmaßnahmen (wie z. B. Kronen, Brücken, Prothesen, implantologische Maßnahmen).

III. Beiträge
1. Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

2. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Geschlecht und Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Für den Tarif ZahnVITAL wird keine Alterungsrückstellung gebildet. Deshalb richten sich die monatlichen Beitragsraten nach der jeweiligen Lebensaltersgruppe; sie ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 20., 40. bzw. 65. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 20, 40 bzw. 65 zu zahlen.

Bei Änderung des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8 a AVB/VT.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung