

- 100 % wenn die Heilbehandlung zwar durch einen nicht als Primärarzt geltenden Facharzt erfolgt, diese aber zuvor von einem Primärarzt veranlasst wurde (Überweisung).
- Die Überweisung durch den Primärarzt ist dem Versicherer zusammen mit der Facharztrechnung vorzulegen.
- Bei Behandlungen durch einen Not- oder Bereitschaftsarzt muss aus der Rechnung hervorgehen, dass es sich um eine Behandlung im Rahmen eines Not- bzw. Bereitschaftsdienstes handelt.
- 100 % für Geburtshilfe
- b) 80 % für Untersuchung, Behandlung, Labor- und Röntgendiagnostik durch Ärzte, Blutdialyse, Strahlenbehandlung und Wegegeld gemäß 1.1, wenn die Heilbehandlung durch einen nicht als Primärarzt geltenden Facharzt ohne vorherige Überweisung eines Primärarztes erfolgt sowie bei ärztlicher Heilbehandlung im europäischen und außer-europäischen Ausland.
- c) 80 % für Psychotherapie, auch dann, wenn ein Arzt nach 10.1 a) die Erstbehandlung durchführt.
- d) 100 % für Notfalltransporte gemäß 1.1.
- e) 100 % für Arzneien und Verbandmittel
- f) 80 % für Behandlung und Untersuchung durch Heilpraktiker.
- g) 100 % für Geburtshilfe durch Hebammen bzw. Entbindungspfleger.
- h) 100 % für Vorsorgemaßnahmen gemäß 1.1.
- i) 100 % für „kleinere Hilfsmittel“ gemäß 1.1.
- j) 100 % für „weitere Hilfsmittel“ gemäß 1.1, sofern die Anschaffungskosten für das Hilfsmittel 180 EUR nicht überschreiten.

- 100 % für „weitere Hilfsmittel“ gemäß 1.1, wenn das Hilfsmittel, dessen Anschaffungskosten 180 EUR übersteigen,
- über einen Vertragspartner der uniVersa gekauft wird,
  - nicht über einen Vertragspartner der uniVersa gekauft wird, die uniVersa jedoch vor dem Kauf aufgrund eines Kostenvoranschlages schriftlich zugestimmt hat,
  - vom Hersteller oder vom Fachhandel (Sanitätshaus, Medizintechnik o. ä.) gemietet wird,
- und zu
- 80 % wenn das Hilfsmittel auf andere Weise beschafft wird.
- 100 % für die Instandsetzung von Hilfsmitteln.
- k) 100 % für Heilmittel bis zu einer Höhe von insgesamt 360 EUR je Person und Kalenderjahr und zu
- 80 % für darüber hinaus gehende Aufwendungen für Heilmittel.
- l) 80 % für „ambulante Kurbehandlung“ gemäß 1.1; für Entziehungskuren bleibt § 5 (1) b) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, und § 5 (1.2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II, unberührt.

**10.2 Der Höchstsatz für Sehhilfen gemäß 1.1 umfasst auch die Aufwendungen für**

- Refraktionsbestimmungen (Bestimmung der Lichtbrechung des Auges, Sehleistung) durch Augenoptiker und
- Maßnahmen der refraktiven Chirurgie (Operation der Augen zur Korrektur von Fehlsichtigkeiten, z. B. mittels Laser).

**10.3 GKV-WSG**

Die tarifliche Eigenleistung gemäß 7, 10.1 b), c), e), f), j), k) und l) ist in der Tarifstufe uni-VE 900 K je versicherte Person und Kalenderjahr insgesamt auf die in § 193 Abs. 3 VVG (s. Anhang) festgelegte maximale betragsmäßige Auswirkung begrenzt.

KVB-056 10.16

**Tarif uni-intro|Privat**  
**für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung**  
**mit Optionsrechten**

(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 Leistungen des Versicherers**

**1 Erstattungsfähige Aufwendungen**

**1.1 Selbstbeteiligung**

Die sich gemäß Abschnitt I.1.2 bis I.1.4 und Abschnitt II ergebende Versicherungsleistung wird um eine Selbstbeteiligung gekürzt. Diese beträgt pro versicherte Person und Kalenderjahr in Tarifstufe uni-intro|Privat 300: 300 EUR und in Tarifstufe uni-intro|Privat 600: 600 EUR.

**1.2 Ambulante Heilbehandlung, Entbindung und Vorsorge**

**1.2.1 Erstattet werden Aufwendungen für**

a) ambulante Untersuchung, Heilbehandlung und Geburtshilfe durch Ärzte (psychotherapeutische Behandlung siehe Abschnitt I.1.2.1 c)) zu

100 %, wenn die Heilbehandlung durch einen Primärarzt erfolgt (Primärarztprinzip). Als Primärarzt gelten ausschließlich der

- Hausarzt (Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin bzw. Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. praktischer Arzt – jeweils ohne weitere Facharztbezeichnung),
- Augenarzt,
- Frauenarzt,
- Kinderarzt ohne Schwerpunktbezeichnung<sup>1</sup>,
- Notarzt oder
- Bereitschaftsarzt.

Der Hausarzt ist dem Versicherer im Versicherungsantrag, spätestens aber bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen aus diesem Tarif sowie vor einem Wechsel des Hausarztes mit Name und Adresse in Textform zu benennen.

Im besonders begründeten Ausnahmefall kann durch eine schriftliche Vereinbarung mit dem Versicherer abweichend ein hausärztlich tätiger Internist ohne Schwerpunktbezeichnung<sup>2</sup> als Hausarzt festgelegt werden.

100 %, wenn die Heilbehandlung zwar durch einen nicht als Primärarzt geltenden Facharzt erfolgt, diese aber zuvor von einem Primärarzt veranlasst wurde (Überweisung).

<sup>1</sup> Schwerpunktbezeichnungen von Kinderärzten sind z.B.: Kinder-Hämatologie und -Onkologie, Kinder-Kardiologie, Neonatologie, Neopädiatrie

<sup>2</sup> Schwerpunktbezeichnungen von Internisten sind z.B.: Angiologie, Endokrinologie und Diabetologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie

Die Überweisung durch den Primärarzt ist dem Versicherer zusammen mit der Facharztrechnung vorzulegen.

Bei Behandlungen durch einen Not- oder Bereitschafts- arzt muss aus der Rechnung hervorgehen, dass es sich um eine Behandlung im Rahmen eines Not- bzw. Bereitschaftsdienstes handelt.

- 75 %, wenn die Heilbehandlung durch einen nicht als Primärarzt geltenden Facharzt ohne vorherige Überweisung eines Primärarztes erfolgt.
- 75 % bei ärztlicher Heilbehandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
- 100 % für Geburtshilfe.
- b) ambulante Untersuchung und Heilbehandlung durch Heilpraktiker zu
- 75 %.
- c) ambulante psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte (auch Primärarzt) oder approbierte psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – maximal 50 Sitzungen pro Kalenderjahr – zu
- 75 %.
- d) ambulante Geburtshilfe durch Hebamme bzw. Entbindungspfleger einschließlich einer entsprechend den Bestimmungen in der gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung gestellten Betriebskostenpauschale bei Entbindung in einem Geburtshaus zu
- 100 %.
- e) Arznei- und Verbandmittel zu
- 75 %, wobei der 25 %ige Eigenanteil auf einen Höchstbetrag von 625 EUR pro versicherte Person und Kalenderjahr begrenzt ist;
- 100 % ab Überschreiten des Eigenanteils von 625 EUR.
- f) Heilmittel zu
- 75 %, auch wenn sie von einem Primärarzt erbracht werden.
- Zu den Heilmitteln gehören insbesondere
- Inhalationen,
  - Übungsbehandlungen (z.B. Krankengymnastik, medizinische Trainingstherapie),
  - Massagen,
  - Hydrotherapie, Packungen und medizinische Bäder,
  - Kälte- und Wärmebehandlungen,
  - Elektro- und Lichttherapie,
  - Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen (Logopädie),
  - Ergotherapie,
  - Hippotherapie,
  - medizinische Fußpflege (Podologie),
- einschließlich ärztlich verordneter medizinisch notwendiger Hausbesuche und Fahrtkosten bei ärztlich verordneten medizinisch notwendigen Hausbesuchen.
- g) kleinere Hilfsmittel zu
- 75 %.
- Kleinere Hilfsmittel sind
- Blutzuckermessgerät,
  - Bruchbänder,
  - Bandagen,
  - Einlagen,
  - Leibbinden und
  - Kompressionsstrümpfe.
- h) weitere Hilfsmittel (zu Sehhilfen siehe 1.2.1 i) – jeweils einmal innerhalb eines Kalenderjahres – und die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge zu
- 75 %, wobei der 25 %ige Eigenanteil auf einen Höchstbetrag von 1.000 EUR pro versicherte Person und Kalenderjahr begrenzt ist;

100 % ab Überschreiten des Eigenanteils von 1.000 EUR.

Zu den weiteren Hilfsmittel gehören z.B.

- orthopädische Schuhe,
- Hörhilfe (elektronisches Hörgerät),
- Heimdialysegerät bei Nierenversagen,
- Körperersatzstücke,
- Krankenfahrsstuhl,
- elektronische Sprechhilfe nach Kehlkopfoperation,
- Blindenführhund (Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Anschaffung und Ausbildung bzw. Einarbeitung.),
- Haarsatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstehenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
- Gehapparat (Rollator, Deltarad, Gehgestell),
- Gehstützen,
- Stützapparate einschließlich Liegeschalen,
- Blutgerinnungsmessgerät bei erforderlicher Dauerantikoagulation und künstlichem Herzklappenersatz,
- lebenserhaltende Hilfsmittel.

Anstelle der Anschaffungskosten sind auch die Kosten für die Miete bzw. Instandsetzung erstattungsfähig, soweit sie nicht höher als die Anschaffungskosten sind und sich durch die Miete bzw. Instandsetzung eine Anschaffung erübrigt. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für die Unterweisung im Gebrauch und für die Wartung von Hilfsmitteln.

#### i) Sehhilfen zu

75 %, maximal 125 EUR (Leistungshöchstbetrag) pro versicherte Person und innerhalb von zwei Kalenderjahren für alle Sehhilfen zusammen.

Dafür werden die Kosten des Kalenderjahres, in dem die Sehhilfen bezogen wurden, und die Kosten des vorhergehenden Kalenderjahres zusammengerechnet.

Sehhilfen sind

- Brillengläser und Brillengestelle sowie
- Kontaktlinsen.

#### j) Fahrten und Transporte in Notfällen und bei ärztlich attestierter Gehunfähigkeit zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Arzt bzw. Heilpraktiker oder zur ambulanten Behandlung in das nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus zu

100 %.

#### k) Erstattungsfähig sind der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zu einer Dialysebehandlung, einer Chemo- oder Strahlenbehandlung, wenn der Versicherer vor Beginn des Transports eine schriftliche Zusage erteilt hat zu

100 %.

#### l) präventive Maßnahmen der Medizin zu

100 %.

Präventive Maßnahmen der Medizin sind

- gezielte Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte gemäß § 1 Abs. 2 b) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I ohne Altersbegrenzungen und ohne festgelegte Zeitabstände,
- Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoff) nach dem jeweils aktuellen Impfkalender (Standardimpfungen) der Ständigen Impfkommision am Robert-Koch-Institut für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

#### 1.2.2 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- Nähr-, Anregungs-, Stärkungs-, potenz- und erektionsfördernde Mittel sowie ähnliche Mittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten (keine Nähr- und Stärkungsmittel in diesem Sinne sind Mittel zur enteralen und parenteralen Ernährung (künstliche Ernährung) sowie Mittel die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden),
- Badezusätze, Desinfektions-, kosmetische und empfängnisverhütende Mittel, Brunnenkuren und Mineralwässer sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden,

- Beschaffung oder Miete aller Arten von Heilapparaten, sanitären und medizinischen Bedarfsartikeln,
- Ausführungen von Hilfsmitteln, wenn diese keinen objektiven Nutzen zum Ausgleich einer Behinderung haben,
- Unterhaltungs- und Betriebskosten für Hilfsmittel,
- Pflegehilfsmittel, auf die ein Anspruch aus der Pflegepflichtversicherung besteht,
- Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen sowie Ersatzbatterien und Ladegeräte für elektrische und elektronische Geräte,
- sonstige Fahrten zum Arzt und zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus,
- assistierte Reproduktion („künstliche Befruchtung“) bei unerfülltem Kinderwunsch (§ 5 Abs. 1.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II, findet in Tarif uni-intro|Privat keine Anwendung),
- psychotherapeutische Behandlung durch Heilpraktiker,
- Schutzimpfungen anlässlich einer Reise, auf Grund von Freizeitgewohnheiten oder aus beruflichen Gründen.

Zahnbehandlung sind

- allgemeine, konservierende (außer bei der Versorgung mit Kronen oder Inlays) und chirurgische zahnärztliche Leistungen,
- Maßnahmen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums.

c) Inlays (Einlagefüllungen aus Metall, Kunststoff oder Keramik) zu

- 100 % für die zahnärztliche Leistung;
- 60 % für zahntechnische Leistungen.

d) Zahnersatz zu

- 60 % für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen für prothetische Versorgung, orale Implantate, Kronen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen;
- 100 % für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

e) Zahn- und Kieferregulierung zu

- 60 % für zahnärztliche bzw. kieferorthopädische und zahntechnische Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen;
- 100 % für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

f) funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (zahnärztliche Maßnahmen zur Diagnose, Behebung oder Besserung einer Störung der Funktion von Kiefergelenken, Kaumuskulatur und Zähnen) zu

- 60 %.

### 1.2.3 GKV-WSG

Die tarifliche Eigenleistung gemäß den Abschnitten 1.1, 1.2.1 a), b), c), e), f), g), h) und i) ist je versicherte Person und Kalenderjahr insgesamt auf die in § 193 Abs. 3 VVG (s. Anhang) festgelegte maximale betragsmäßige Auswirkung begrenzt.

## 1.3 Zahnärztliche und kieferorthopädische Heilbehandlung

### 1.3.1 Leistungsbegrenzung

a) Der Leistungsanspruch für alle erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß I.1.3.2 zusammen errechnet sich höchstens aus einem erstattungsfähigen Betrag (Höchstbetrag) von

insgesamt:

- 1.000 EUR im 1. Kalenderjahr,
- 2.000 EUR im 1. bis 2. Kalenderjahr,
- 3.000 EUR im 1. bis 3. Kalenderjahr,
- 4.000 EUR im 1. bis 4. Kalenderjahr,
- 5.000 EUR im 1. bis 5. Kalenderjahr,
- 5.000 EUR jährlich ab dem 6. Kalenderjahr.

b) Auf den jeweiligen Höchstbetrag werden

- zuerst die für zahnärztliche Leistungen erstattungsfähigen Beträge für vorbeugende Maßnahmen, Zahnbehandlung und Inlays und
- danach die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie für zahntechnische Leistungen für Inlays

angerechnet.

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

d) Die Höchstbeträge gelten nicht für einen nachweislich durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

### 1.3.2 Erstattet werden Aufwendungen für

a) vorbeugende Maßnahmen zu

- 100 %.

Vorbeugende Maßnahmen sind

- die Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen.

b) Zahnbehandlung zu

- 100 %.

### 1.3.3 Leistungsvoraussetzung

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

Die Kosten des Heil- und Kostenplans gehören zu den erstattungsfähigen Behandlungskosten.

## 1.4 Stationäre Heilbehandlung und Entbindung

### 1.4.1 Erstattet werden Aufwendungen für

a) allgemeine Krankenhausleistungen (einschließlich Stationsarzt- oder Assistenzarztbehandlung) in Krankenhäusern, die der Bundespflegegesetzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, zu

- 100 %.

b) Belegarzt, freiberufliche Hebamme bzw. Entbindungspfleger, Beleghebamme bzw. Belegentbindungspfleger zu

- 100 %.

c) Krankentransport zum und vom nächsterreichbaren, gemäß Abschnitt I.1.4.1 a) versicherten und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus in einem hierfür vorgesehenen Spezialfahrzeug (einschließlich Rettungshubschrauber) zu

- 100 %.

d) teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115 a SGB V in einem gemäß Abschnitt I.1.4.1 a) versicherten Krankenhaus zu

- 100 %.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören auch die Kosten für die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleit-

person des Patienten.

- 1.4.2 Bei Verzicht auf jegliche Kostenerstattung für die versicherte Leistung zahlt der Versicherer mit Ausnahme des Entlassungstages für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus ein Krankenhaustagegeld von 125 EUR.
- 1.4.3 Bei einem Krankenhausaufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland gelten Aufwendungen der niedrigsten Preiskategorie für Krankenhaus- und ärztliche Leistungen des Krankenhauses als erstattungsfähig; auch wenn die Aufwendungen dafür höher ausfallen sollten als für in diesem Tarif versicherte stationäre Heilbehandlung in Deutschland.
- 1.4.4 Tritt der Versicherungsnehmer mit Zustimmung des Versicherers seine Leistungsansprüche an das Krankenhaus ab und gibt der Versicherer dem Krankenhaus gegenüber eine entsprechende Kostenzusage, kann der Versicherer diese Kostenzusage auch ohne Einschränkung der Selbstbeteiligung gemäß Abschnitt I.1.1 geben. Eine solche Kostenzusage bedeutet jedoch keinen Verzicht auf die Selbstbeteiligung. Die Selbstbeteiligung wird in einem solchen Fall mit anderen Versicherungsleistungen - auch aus sonstigen Tarifen - verrechnet oder dem Versicherungsnehmer direkt in Rechnung gestellt. Die Regelungen dieses Absatzes gelten sinngemäß bei der Verwendung der „Card für Privatversicherte“.
- 1.4.5 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für
- gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen,
  - gesondert berechenbare Wahlleistung Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer,
  - Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen (wie z.B. viele Privatkliniken; in Abweichung von § 4 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I) – es sei denn, es handelt sich um eine Notfallanweisung,
  - assistierte Reproduktion („künstliche Befruchtung“) bei unerfülltem Kinderwunsch (§ 5 Abs. 1.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II findet in Tarif uni-intro|Privat keine Anwendung).

## 1.5 Beitragsfreistellung nach Entbindung

Solange die versicherte Person im Anschluss an eine Entbindung keine Erwerbstätigkeit ausübt, wird der Tarif für die versicherte Person beitragsfrei weitergeführt - längstens jedoch für sechs Monate. Der Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ändert sich in dieser Zeit nicht.

Diese Regelung gilt sinngemäß für den in Tarif uni-intro|Privat versicherten Vater, wenn er anstelle der Mutter in den ersten sechs Lebensmonaten des Kindes keine Erwerbstätigkeit ausübt.

## 1.6 Kalenderjahresregelung

- 1.6.1 Sind in diesem Tarif Höchstbeträge nach Kalenderjahren vorgesehen, gelten diese jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres.
- 1.6.2 Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr. Dabei werden die Selbstbeteiligungen gemäß Abschnitt I.1.1 sowie Abschnitt I.1.2.1 e) und I.1.2.1 h) für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden Monat gemindert.

## 1.7 Anpassung der Höchstbeträge

Bei einer Beitragsanpassung nach § 8 b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I bzw. II prüft der Versicherer, ob und inwieweit die in diesem Tarif festgelegten Höchstbeträge zum Ausgleich von Wertveränderungen anzupassen sind.

Diese Anpassung ist nur zulässig, wenn ein unabhängiger Treuhänder ihre Angemessenheit überprüft und der Änderung zugestimmt hat.

## 2 Erstattungsfähigkeit von Heilbehandler-Honoraren

### 2.1 Ärzte und Zahnärzte

Aufwendungen für ärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

### 2.2 Heilpraktiker

Die nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) in Rechnung gestellten Leistungen eines Heilpraktikers sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die bei einem Arzt für eine vergleichbare Verrichtung bis zum Regelhöchstsatz (1,15-, 1,8- bzw. 2,3facher Satz) der GOÄ erstattungsfähig wäre.

### 2.3 Hebammen und Entbindungspfleger

Leistungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungspflegers sind bis zu den Höchstsätzen der jeweiligen Gebührenverordnung für Hebammen erstattungsfähig.

### 2.4 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) in Rechnung gestellten Leistungen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die gemäß Abschnitt I.2.1 bei einem Arzt für eine vergleichbare Verrichtung erstattungsfähig wäre.

- 2.5 Aufwendungen für Leistungen von Heilbehandlern im Ausland sind auch über diese Begrenzungen hinaus erstattungsfähig, sofern der Versicherungsfall akut und unvorhersehbar eingetreten ist und der höhere Rechnungsbetrag in den ortsüblichen Abrechnungsbedingungen und -höhen der Heilbehandler vor Ort begründet liegt.

## 3 Optionsrechte auf Höher- oder Nachversicherung

Über § 1 Abs. 6 sowie 6.1 bis 6.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I bzw. II hinaus sind die in Abschnitt I.3.1 und I.3.2 aufgeführten Optionsrechte zur Ausweitung des Versicherungsschutzes zu Sonderkonditionen versichert.

Die Sonderkonditionen gelten unter folgenden Voraussetzungen:

- a) Voraussetzungen für alle Optionsrechte gemäß Abschnitt I.3.1 und I.3.2:

- Von dem Optionsrecht wird zu einem der aufgeführten Stichtage Gebrauch gemacht.
- Die Höher- oder Nachversicherung wird spätestens bis zu dem gewählten Stichtag beim Versicherer in Textform beantragt.
- Für die versicherte Person besteht mit Tarif uni-intro|Privat erstmals eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer.

Als erstmalige Krankheitskostenvollversicherung gilt die Versicherung in Tarif uni-intro|Privat auch dann, wenn eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer zuvor ausschließlich in Form einer Anwartschaftsversicherung oder ein anderer Tarif mit Anrecht auf eine substitutive Krankheitskostenvollversicherung geführt worden ist.

- Das Versicherungsverhältnis nach Tarif uni-intro|Privat wurde für die versicherte Person nicht im Rahmen der Kindernachversicherung gemäß § 2 Abs. 2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I begründet.

- b) Zusätzliche Voraussetzungen für die Höherversicherung gemäß Abschnitt I.3.1:

- Zur Beantragung des Optionsrechtes gemäß Abschnitt I.3.1 c) und d) wird der vom Versicherer vorgesehene Antragsvordruck einschließlich aller Gesundheitsfragen vollständig ausgefüllt, unterschrieben und beim Versicherer eingereicht.

- c) Zusätzliche Voraussetzungen für die Nachversicherung gemäß Abschnitt I.3.2:

- Das Optionsrecht auf Höherversicherung gemäß Abschnitt I.3.1 wird nicht wahrgenommen.

Die Beitragseinstufung bei Höherversicherung gemäß Abschnitt I.3.1 ist in § 8 a Abs. 2 und 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt. Bei Nachversicherung gemäß Abschnitt I.3.2

erfolgt die Beitragseinstufung im hinzukommenden Tarif zu dem tariflichen Eintrittsalter, das die versicherte Person zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherung im hinzukommenden Tarif erreicht hat.

Sind für die Versicherung in Tarif uni-intro|Privat besondere Vereinbarungen wie z.B. Leistungsausschlüsse, besonders vereinbarte Beitragszuschläge oder sonstige besondere Vereinbarungen ge-

troffen, so werden diese auch auf den neuen Versicherungsschutz entsprechend übertragen.

Bietet der Versicherer über die für die Höher- oder Nachversicherung in Abschnitt I.3.1 und I.3.2 genannten Tarife hinaus weitere Tarife mit annähernd gleichem Leistungsniveau an, so kann er zu gegebener Zeit auch eine Garantie auf Höher- bzw. Nachversicherung zu Sonderkonditionen in diese Tarife erklären.

Optionsrecht	Stichtag für die Wahrnehmung des Optionsrechtes	Sonderkonditionen
<b>3.1</b> Option auf Höherversicherung durch Umstellung wahlweise in die Tarife:  - uni-A, uni-ST und uni-ZA - oder uni-VE  Dem neuen Versicherungsschutz liegen dann die zum Zeitpunkt der Umstellung geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen der/s gewählten Tarife/s zugrunde.	a) der Monatserste nach Ablauf von 3 Jahren ab Beginn <sup>3</sup>	Keine Wartezeiten. Keine erneute Gesundheitsprüfung.
	Sofern der jeweilige Stichtag vor Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person liegt:	
	b) der Monatserste nach Ablauf von 8 Jahren ab Beginn <sup>3</sup>	Keine Wartezeiten. Keine erneute Gesundheitsprüfung.
	c) der Monatserste nach Ablauf von 13 Jahren ab Beginn <sup>3</sup>	Keine Wartezeiten.  Erneute Gesundheitsprüfung.  Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den die versicherte Person wechseln will, höher oder umfassender sind als in Tarif uni-intro Privat, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen angemessenen Risikozuschlag verlangen, der nicht mehr als 40 % betragen wird.
	d) ab dem unter c) genannten Zeitpunkt kontinuierlich nach jeweils weiteren fünf Jahren	Keine Wartezeiten.  Erneute Gesundheitsprüfung.  Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den die versicherte Person wechseln will, höher oder umfassender sind als in Tarif uni-intro Privat, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen angemessenen Risikozuschlag verlangen, der nicht mehr als 60 % betragen wird
<b>3.2</b> Option auf Nachversicherung wahlweise eines Tarifes für eine:  - Krankenhaustagegeldversicherung - oder eine Pflegetagegeldversicherung  mit maximal 60 EUR Tagesgeldleistung	a) der Monatserste nach Ablauf von 3 Jahren ab Beginn <sup>3</sup> , sofern dieser Stichtag nach Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person liegt	Keine Wartezeiten. Keine erneute Gesundheitsprüfung.
	b) der Termin gemäß Abschnitt I.3.1 b) bis d), der als letzter vor der Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person liegt	

## II Leistungsbesonderheiten Tarifstufe uni-intro|Privat 600

Es gelten die in Abschnitt I aufgeführten Bestimmungen, soweit nachstehend nichts anderes geregelt ist.

### 1. Zahnärztliche und kieferorthopädische Heilbehandlung

#### 1.1 Entsprechend Abschnitt I. 1.3.1 a) beträgt der Höchstbetrag in der Tarifstufe uni-intro|Privat 600

insgesamt: 1.000 EUR im 1. Kalenderjahr,  
 2.000 EUR im 1. bis 2. Kalenderjahr,  
 3.000 EUR im 1. bis 3. Kalenderjahr,  
 4.000 EUR im 1. bis 4. Kalenderjahr,  
 5.000 EUR im 1. bis 5. Kalenderjahr,  
 5.000 EUR jährlich ab dem 6. Kalenderjahr.

1.2 Abweichend von Abschnitt I. 1.3.2 d) beträgt in der Tarifstufe uni-intro|Privat 600 der Erstattungssatz für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen für prothetische Versorgung, orale Implantate, Kronen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen

80 %,

für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat, erfolgt die Erstattung zu

100 %.

1.3 Abweichend von Abschnitt I. 1.3.2 c) beträgt in der Tarifstufe uni-intro|Privat 600 der Erstattungssatz für zahntechnische Leistungen bei Inlays  
  
80 %.

### 2. Stationäre Heilbehandlung und Entbindung

#### 2.1 Gesondert berechenbare Wahlleistungen

Abweichend von Abschnitt I. 1.4.5 sind in der Tarifstufe uni-intro|Privat 600 bei stationären Aufenthalten in Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, erstattungsfähig:

- gesondert berechenbare ärztliche Wahlleistungen
- gesondert berechenbare Wahlleistung Unterkunft im Zweibettzimmer

#### 2.2 Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf gesondert berechenbare Wahlleistungen

2.2.1 Bei vollstationärer Unterbringung im Zweibettzimmer ohne gesonderte Berechnung der ärztlichen Leistungen (Verzicht auf privatärztliche Behandlung) besteht Anspruch auf ein Krankenhaustagegeld für jeden Tag der vollstationären Unterbringung in Höhe von 60 EUR.

2.2.2 Bei vollstationärer Unterbringung im Mehrbettzimmer (Verzicht auf Unterbringung im Zweibettzimmer) besteht Anspruch auf ein Krankenhaustagegeld für jeden Tag der vollstationären Unterbringung in Höhe von 30 EUR.

<sup>3</sup> Unter Beginn ist der für die versicherte Person geltende Beginn der Versicherung in Tarif uni-intro|Privat zu verstehen; es sei denn, es bestand unmittelbar zuvor eine Krankheitskostenvollversicherung in Form einer Anwartschaftsversicherung oder ein Tarif mit Anrecht auf eine substitutive Krankheitskostenvollversicherung. In diesen Fällen gilt der Beginn der Anwartschaftsversicherung bzw. der Beginn des Tarifes mit Anrecht auf eine substitutive Krankheitskostenvollversicherung im Sinne der Stichtagsregelung als Beginn.

2.2.3 Bei vollstationärer Unterbringung im Mehrbettzimmer (Verzicht auf Unterbringung im Zweibettzimmer) und ohne gesonderte Berechnung der ärztlichen Leistungen (Verzicht auf privatärztliche Behandlung) besteht Anspruch auf ein Krankenhaustagegeld für jeden Tag der vollstationären Unterbringung in Höhe von 90 EUR.

### III Änderung und Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Teil II

#### 1 Änderung von § 8 a Abs. 1.2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

In Tarif uni-intro|Privat können Kinder zum Kinderbeitrag bis zum Ende des Monats versichert werden, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden. Der Kinderbeitrag entfällt mit Beginn des darauf folgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Jugendliche geltenden Bei-

träge zu zahlen. Jugendliche können zum Jugendlichenbeitrag bis zum Ende des Monats versichert werden, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden. Der Jugendlichenbeitrag entfällt mit Beginn des darauf folgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Erwachsene geltenden Beiträge zu zahlen. Das außerordentliche Kündigungsrecht ist in § 13 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und in Abschnitt III.2 geregelt.

#### 2 Änderung von § 13 Abs. 4.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

Abweichend von § 13 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I kann der Versicherungsnehmer bei Entfall des Kinderbeitrages oder des Jugendlichenbeitrages gemäß Abschnitt III.1 das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person auch dann kündigen, wenn sich der Beitrag nicht erhöht.

KVB-057 10.16

## Tarif uni-ZZ

### Ergänzungstarif für zahnärztliche Heilbehandlung für Versicherte nach Tarifstufe uni-intro|Privat 300

(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 Leistungen des Versicherers

### 1 Erstattungsfähige Aufwendungen

#### 1.1 Zahnärztliche und kieferorthopädische Heilbehandlung

##### 1.1.1 Leistungsbegrenzung

a) Der Leistungsanspruch für alle erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß 1.1.1.2 zusammen errechnet sich höchstens aus einem erstattungsfähigen Betrag (Höchstbetrag) von

insgesamt: 1.000 EUR im 1. Kalenderjahr,  
2.000 EUR im 1. bis 2. Kalenderjahr,  
3.000 EUR im 1. bis 3. Kalenderjahr,  
4.000 EUR im 1. bis 4. Kalenderjahr,  
5.000 EUR im 1. bis 5. Kalenderjahr,  
5.000 EUR jährlich ab dem 6. Kalenderjahr.

Maßgeblich für die genannten Zeiträume ist der Beginn der Versicherung nach Tarif uni-ZZ. Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr.

b) Auf den jeweiligen Höchstbetrag werden

- zuerst die für zahnärztliche Leistungen erstattungsfähigen Beträge für vorbeugende Maßnahmen, Zahnbehandlung und Inlays und

- danach die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie für zahntechnische Leistungen für Inlays

angerechnet.

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

d) Die Höchstbeträge gelten nicht für einen nachweislich durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

1.1.2 Erstattet werden Aufwendungen für

a) Inlays (Einlagefüllungen aus Metall, Kunststoff oder Keramik) zu

20 % für zahntechnische Leistungen;

b) Zahnersatz zu

20 % für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen für prothetische Versorgung, orale Implantate, Kronen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen;

c) Zahn- und Kieferregulierung zu

20 % für zahnärztliche bzw. kieferorthopädische und zahntechnische Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen;

d) funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (zahnärztliche Maßnahmen zur Diagnose, Behebung oder Besserung einer Störung der Funktion von Kiefergelenken, Kaumuskulatur und Zähnen) zu

20 %.

1.1.3 Leistungsvoraussetzung

Für Inlays, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung wird 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.

Die Kosten des Heil- und Kostenplans gehören zu den erstattungsfähigen Behandlungskosten.

#### 2 Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlerhonoraren

Die Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlerhonoraren richtet sich nach der Tarifstufe uni-intro|Privat 300.