

Leistungs-Check up zur Zahn-Zusatzversicherung
Welche zahnmedizinische Versorgung ist mir wichtig?



Vorname, Name	Geburtsdatum	Datum

Zahnersatz	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig
Leistungen bei Zahnersatz sind mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie hoch soll die Erstattung durch die Zahn-Zusatzversicherung sein? (Angabe in % des Rechnungsbetrages)	<input type="checkbox"/> bis 50 % <input type="checkbox"/> 50 -70 % <input type="checkbox"/> höher als 70%		
Wie hoch soll die Gesamterstattung - einschließlich Festzuschuss der Gesetzlichen Krankenversicherung - sein?	<input type="checkbox"/> keine Vorgabe <input type="checkbox"/> bis 80 % <input type="checkbox"/> bis 100 %		
Zahnersatz, sofern kein Anspruch bei der GKV besteht, <u>ohne</u> Leistungskürzung erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keramische Verblendungen für <u>alle</u> Zähne (auch im Seitenzahnbereich) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantate einschließlich der Implantationskosten (augmentative Behandlung) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsanalytische u. -therapeutische Leistungen erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preis-/Leistungsverzeichnis nicht vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vollschutz			Zahnersatz			SIGNAL IDUNA DENT-MAX
Leistungsstufen			Leistungsstufen			
V1	V2	V3	Z1	Z2	Z3	
90%	70%	50%	90%	70%	50%	Nachgewiesene Zahnvorsorge: 10 Jahre - 80% 5 Jahre - 75% ohne - 65% (Nur Regelversorgung 85%, 95%, 100%)
bis 100%			bis 100%			Nachgewiesene Zahnvorsorge: 10 Jahre - 80% 5 Jahre - 75% ohne - 65% (Nur Regelversorgung 85%, 95%, 100%)
	✓			✓		✓ Leistung erfolgt, wenn Nachweis der GKV vorliegt, dass kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht.
	✓			✓		✓
	✓			✓		✓ max. 1.000 € Rechnungsbetrag je Implantat = max. 800 € Erstattungsbetrag inkl. Vorleistung GKV max. 6 Implantate je Kiefer
	✓			✓		✓
	✓			✓		✓

Vorsorge/Prophylaxe und Zahnbehandlungen	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig
Leistungen für Vorsorge/Prophylaxe und Zahnbehandlungen sind mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprophylaxe (Professionelle Zahnreinigung (PZR)) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompositfüllungen, Plastische Füllungen, Kunststofffüllungen erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnbehandlungen nach GOZ erstattungsfähig? (Keine Begrenzung auf bestimmte Behandlungen, z.B. Wurzelbehandlungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akupunktur und Hypnose zur Schmerzbehandlung (Zahnbehandlung) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollnarkose im Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstattung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ - 3,5-fach)? (Auch dann, wenn Anspruch bei der GKV besteht und unabhängig davon, ob Kosten- erstattungs- oder Sachleistungsprinzip vereinbart ist.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kieferorthopädie	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig
Leistungen für kieferorthopädische Maßnahmen sind mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kieferorthopädische Maßnahmen bei Kindern bis 18 Jahre, wenn die GKV nicht leistet (Kieferindikationsgruppen KIG 1 und 2) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restkosten für Kieferorthopädische Maßnahmen bei Kindern bis 18 Jahre, wenn die GKV leistet (Kieferindikationsgruppen KIG 3 bis 5) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vollschutz	Zahnersatz			SIGNAL IDUNA DENT-MAX
100%	100% bis 80 € pro Jahr			50% bis 60 € Rechnungsbetrag = 30 € Erstattungsbetrag 2 x jährlich
100% bis 3,5-fach GOZ	90%	70%	50%	100% Zahnbehandlungen insgesamt bis 500 € jährlich Erstattungsbetrag
	bis 2,3-fach GOZ			
✓	⊘			✓ Zahnbehandlungen insgesamt bis 500 € jährlich Erstattungsbetrag
✓	⊘			⊘
✓	⊘			⊘
✓	⊘			✓

Vollschutz	Zahnersatz	SIGNAL IDUNA DENT-MAX
⊘	⊘	80%, max. 500 € je Kalenderjahr
⊘	⊘	100%, max. 250 € je Kalenderjahr

Parodontose Leistungen für Parodontosebehandlungen sind mir ...	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig
Parodontose Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungen für antimikrobielle Therapie bei Gingivitis (Zahnfleischentzündung) und Parodontitis (Entzündung des Zahnhalteapparates) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesteuerte Gewebe- und Knochenregeneration (GTR/GBR) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) CMD / DIR-System und Freecorder Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) Kiefer- u. Kiefergelenkfunktionsdiagnostik mittels Bewegungsregistrierung (DIR-System) Optoelektronische Registrierung der Unterkiefer- u. Kiefergelenkbewegungen (Freecorder) <small>Hinweis: Bei einigen Patienten stimmt der Biss nicht, d.h. Ober- und Unterkiefer passen entweder nach zahnärztlicher oder kieferorthopädischer Behandlung oder eben einfach von Natur aus nicht zusammen. Bei etwa 5% der Betroffenen werden hierdurch Folgeerkrankungen, wie Gesichtsschmerzen, Kopfschmerzen, Migräne, Rückenschmerzen, Verspannungen und Blockierungen, Schwindel, Tinnitus, ADHS oder Knacken und Knirschen mit Verlust an Zahnschmelz verursacht. Die genaue Kieferfunktionsanalyse mittels DIR-System und/oder Freecorder liefert die notwendige Grundlage um eine erfolgversprechende Therapie einleiten zu können. Die Kosten hierfür werden <u>nicht</u> von der GKV übernommen.</small> Leistungen für CMD-Therapie / DIR-System und Freecorder sind mir ...	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig
CMD / DIR-System und Freecorder erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIR-Schiene erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungen des Zahntechnikers im Rahmen dieser Maßnahme erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vollschutz	Zahnersatz	SIGNAL IDUNA DENT-MAX
✓ 100%	⊘	⊘
✓ 100%	⊘	✓ Zahnbehandlungen insgesamt bis 500 € jährlich Erstattungsbetrag
✓ 100%	⊘	⊘

Vollschutz	Zahnersatz	SIGNAL IDUNA DENT-MAX
✓ 100%	90% 70% 50%	Zahnbehandlungen insgesamt bis 500 € jährlich Erstattungsbetrag
✓ 100%	Nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Zahnersatzmaßnahme erstattungsfähig	Zahnbehandlungen insgesamt bis 500 € jährlich Erstattungsbetrag
✓ 100%		Zahnbehandlungen insgesamt bis 500 € jährlich Erstattungsbetrag

Laserbehandlung	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig
Leistungen für Laserbehandlungen sind mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laser bei Zahnersatz, Prothetik und Implantologie erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laser bei Zahnbehandlung, Parodontosebehandlung und Zahnchirurgie erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstattung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ 3,5-fach)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig
Keine Leistungsausschlüsse oder Risikozuschläge bei fehlenden/nicht ersetzten Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wechsel in höhere oder niedrigere Leistungsstufen, ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf altersabhängige Beitragsanpassungen wird verzichtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Wartezeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versicherer verzichtet auf Kündigungsrecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenbescheinigung zur Vorlage beim Zahnarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnstaffel			
Sehhilfen erstattungsfähig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vollschutz	Zahnersatz			SIGNAL IDUNA DENT-MAX
✓	90%	70%	50%	Nachgewiesene Zahnvorsorge: 10 Jahre - 80% 5 Jahre - 75% ohne - 65%
✓	⊘			Zahnbehandlungen insgesamt bis 500 € jährlich Erstattungsbetrag
✓	✓			✓

Vollschutz	Zahnersatz	SIGNAL IDUNA DENT-MAX
✓	✓	⊘
✓	✓	⊘
✓	✓	✓
✓	✓	⊘
✓	✓	✓
✓	✓	⊘
<u>Zahnbehandlung</u> keine Zahnstaffel <u>Zahnersatz</u> 1. Jahr: 1.000 € 1.-2. Jahr: 2.000 € 1.-3. Jahr: 3.000 € 1.-4. Jahr: 4.000 € Rechnungsbetrag	<u>Zahnbehandlung</u> keine Zahnstaffel <u>Zahnersatz</u> 1. Jahr: 1.000 € 1.-2. Jahr: 2.000 € 1.-3. Jahr: 3.000 € 1.-4. Jahr: 4.000 € Rechnungsbetrag	1. Jahr: 1.000 € 2. Jahr: 1.500 € 3. Jahr: 2.000 € 4. Jahr: 2.500 € Rechnungsbetrag
✓ 100% bis 125 € alle 2 Jahre	✓ 100% bis 125 € alle 2 Jahre	⊘

Diese Übersicht kann die Leistungen nur stark verkürzt darstellen. Einzig verbindlich sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Tarifbestimmungen und etwaige Zusatzvereinbarungen.

Vorversicherung		
Gesetzliche Krankenversicherung	Name der Krankenkasse:	
Private Zusatzversicherung	Name der Krankenversicherung:	
	Art der Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> Zahn-Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> Krankenhaus-Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> Heilpraktiker / Naturheilverfahren <input type="checkbox"/> Brille / Sehhilfen <input type="checkbox"/> Sonstige <hr/>

Empfehlung des Vermittlers		
<input type="checkbox"/> Vollschutz V1	<input type="checkbox"/> Zahnersatz Z1	<input type="checkbox"/> Signal Iduna DENT-MAX
<input type="checkbox"/> Vollschutz V2	<input type="checkbox"/> Zahnersatz Z2	
<input type="checkbox"/> Vollschutz V3	<input type="checkbox"/> Zahnersatz Z3	

- Ich wünsche den Abschluss einer Zahn-Zusatzversicherung entsprechend der vorgenannten Empfehlung.
- Ich wünsche den Abschluss einer Zahn-Zusatzversicherung abweichend von der vorgenannten Empfehlung. (bitte ankreuzen)
 - Vollschutz V1 Zahnersatz Z1 Signal Iduna DENT-MAX
 - Vollschutz V2 Zahnersatz Z2
 - Vollschutz V3 Zahnersatz Z3
- Ich wünsche keine Zahn-Zusatzversicherung.

Das ausführliche Leistungsprotokoll für die gewählte Zahn-Zusatzversicherung (Württembergische/IGV-Vollschutz bzw. -Zahnersatz) habe ich erhalten. Alle Leistungspunkte wurden besprochen. Insbesondere wurde ausführlich dargestellt, ob und in welchem Umfang die in diesem Leistungs-Check up als wichtig und sehr wichtig angegebenen Leistungspunkte versichert sind.

Ort, Datum

Unterschrift