

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



| Vorname, Name | Geburtsdatum | Datum |
|---------------|--------------|-------|
|               |              |       |

| Zahnersatz<br>Leistungen bei Zahnersatz sind mir ...   | Sehr Wichtig             | Wichtig                  | Unwichtig                |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Wie hoch soll die Erstattung durch die Zahn-Zusatzversicherung sein?<br>(Angabe in % des Rechnungsbetrages)              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wie hoch soll die Gesamterstattung - einschließlich Festzuschuss der Gesetzlichen Krankenversicherung - sein?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist Zahnersatz, sofern kein Anspruch bei der GKV besteht, <u>ohne</u> Leistungskürzung erstattungsfähig?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind keramische Verblendungen für <u>alle</u> Zähne (auch im Seitenzahnbereich) erstattungsfähig?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist die Verblendgrenze bedingungsgemäß geregelt oder ergibt sich diese aus der Regulierungspraxis?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Implantate einschließlich der Implantationskosten (augmentative Behandlung) erstattungsfähig?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gibt es Begrenzungen für Leistungen bei Implantaten (z.B. max. 1000 Euro je Implantat oder max. 4 Implantate je Kiefer)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Funktionsanalytische u. -therapeutische Leistungen erstattungsfähig?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist die Erstattung bedingungsgemäß geregelt oder ergibt sich diese aus der Regulierungspraxis?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ein Preis-/Leistungsverzeichnis ist <u>nicht</u> vorhanden?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Vollschutz      |     |     | Zahnersatz      |                 |     | Signal<br>ZahnTOP<br>ZahnTOP pur   |
|-----------------|-----|-----|-----------------|-----------------|-----|--|
| Leistungsstufen |     |     | Leistungsstufen |                 |     |  |
| V1              | V2  | V3  | Z1              | Z2              | Z3  |  |
| 90%             | 70% | 50% | 90%             | 70%             | 50% | 90% bei privat Zahnärztlicher Versorgung inkl. GKV Festzuschuss  |
| bis 100%        |     |     | bis 100%        |                 |     | Bei Regelversorgung ohne privat Zahnärztliche Versorgung = 100%  |
| ✓               |     |     | ✓               |                 |     | ⊘ Keine Leistung bei Zahnarzt ohne Kassenzulassung   |
| ✓               | ✓   |     | ✓               | ✓               |     | ⊘ Regulierungspraxis   |
| ✓               | ✓   |     | keine           | keine           |     | ⊘ Wenn bei Vertragsabschluss Zähne fehlen, gibt es inklusive Vorleistung max. 900 Euro je Implantat Versorgung (OP/Impl./ZE/Vor- und Nachbeh.) Die Begrenzungen in den ersten Jahren dürfen nicht überschritten werden |
| ✓               |     |     | bedingungsgemäß | bedingungsgemäß |     | ✓ bedingungsgemäß  |
| ✓               |     |     |                 | ✓               |     | ⊘  |

| <b>Vorsorge/Prophylaxe und Zahnbehandlungen</b>   | <b>Sehr Wichtig</b>      | <b>Wichtig</b>           | <b>Unwichtig</b>         |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Leistungen für Vorsorge/Prophylaxe und Zahnbehandlungen sind mir ...</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist Zahnprophylaxe (Professionelle Zahnreinigung (PZR)) erstattungsfähig?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Kompositfüllungen (dentinadhäsive Rekonstruktionen) erstattungsfähig?<br>Wenn ja, welche Erstattungsregelungen sind vereinbart?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Zahnbehandlungen nach GOZ erstattungsfähig? Wenn ja, welche?<br>(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"/> |
| Ist 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)?<br>(Auch dann, wenn Anspruch bei der GKV besteht und unabhängig davon, ob Kosten-<br>erstattungs- oder Sachleistungsprinzip vereinbart ist.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

| <b>Vollschutz</b>        | <b>Zahnersatz</b>         |     |     | <b>Signal<br/>ZahnTOP<br/>ZahnTOP pur</b>                                    |
|--------------------------|---------------------------|-----|-----|--|
| 100%                     | 100%<br>bis 80 € pro Jahr |     |     | 90%<br>bis max. RB<br>150,- Euro<br>je Kalenderjahr<br>(Erstattung 135 Euro) |
| 100%<br>bis 3,5-fach GOZ | 90%                       | 70% | 50% | 90%<br>bis 3,5-fach GOZ mit<br>medizinisch nachvoll-<br>ziehbarer Begründung |
|                          | bis 2,3-fach GOZ          |     |     |  |
| ✓                        | ⊘                         |     |     | ✓  |
| ✓                        | ⊘                         |     |     | ⊘  |
| ✓                        | ⊘                         |     |     | ⊘<br>Sofern<br>med. notwendig  |
| ✓                        | ⊘                         |     |     | ✓<br>bis 3,5-fach GOZ<br>✓<br>Kostenerstattungs-<br>prinzip unzulässig       |

| <b>Vollschutz</b> | <b>Zahnersatz</b> | <b>Signal<br/>ZahnTOP<br/>ZahnTOP pur</b>  |
|-------------------|-------------------|--|
| ⊘                 | ⊘                 | ✓<br>Bis zu den Höchstsät-<br>zen der GOZ zu 90%.<br>Behandlung muss vor<br>Vollendung des 21.<br>Lebensjahres begon-<br>nen worden sein.<br>Angeratene oder nicht<br>med. notwendige<br>Behandlung ist abzu-<br>lehnen. |
| ⊘                 | ⊘                 | ✓  |
| ⊘                 | ⊘                 | ✓  |

|   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   |                          |                          |                          |
| <b>Parodontose</b>  | <b>Sehr Wichtig</b>      | <b>Wichtig</b>           | <b>Unwichtig</b>         |
| <b>Leistungen für Parodontosebehandlungen sind mir ...</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Parodontose Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen erstattungsfähig?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Leistungen für antimikrobielle Therapie bei Gingivitis (Zahnfleischentzündung) und Parodontitis (Entzündung des Zahnhalteapparates) erstattungsfähig?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist die gesteuerte Gewebe- und Knochenregeneration (GTR/GBR) erstattungsfähig?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD)</b>  | <b>Sehr Wichtig</b>      | <b>Wichtig</b>           | <b>Unwichtig</b>         |
| <b>CMD / DIR-System und Freecorder</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD)<br>Kiefer- u. Kiefergelenkfunktionsdiagnostik mittels Bewegungsregistrierung (DIR-System)<br>Optoelektronische Registrierung der Unterkiefer- u. Kiefergelenkbewegungen (Freecorder)<br><u>Hinweis:</u> 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 Zahnschubstanz 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. |                          |                          |                          |
| <b>Leistungen für CMD-Therapie / DIR-System und Freecorder sind mir ...</b>   |                          |                          |                          |
| Sind DIR-System und Freecorder bei CMD-Therapie erstattungsfähig?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind DIR-Schienen oder andere Schienen im Rahmen der CMD-Therapie erstattungsfähig?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Leistungen des Zahntechnikers im Rahmen der CMD-Therapie erstattungsfähig?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Laserbehandlung</b>  | <b>Sehr Wichtig</b>      | <b>Wichtig</b>           | <b>Unwichtig</b>         |
| <b>Leistungen für Laserbehandlungen sind mir ...</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist Laserbehandlung bei Zahnersatz, Prothetik und Implantologie erstattungsfähig?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                   |   |   |     |  |
|-------------------|---|---|-----|--|
|                   |   | Sofern medizinische Notwendigkeit besteht |     |  |
| <b>Vollschutz</b> | <b>Zahnersatz</b>   |   |     | <b>Signal ZahnTOP ZahnTOP pur</b>                          |
| ✓<br>100%         | ⊘   |   |     | ✓<br>Gem. Abschnitt „E“ der GOZ                            |
| ✓<br>100%         | ⊘   |   |     | ✓  |
| ✓<br>100%         | ⊘   |   |     | ✓  |
| <b>Vollschutz</b> | <b>Zahnersatz</b>   |   |     | <b>Signal ZahnTOP ZahnTOP pur</b>                          |
| ✓                 | 90%   | 70%                                       | 50% | ✓<br>Gem. GOZ und vorliegender medizinischer Notwendigkeit |
| ✓                 | Nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Zahnersatzmaßnahme erstattungsfähig |   |     | ✓  |
| ✓                 |   |   |     | ✓<br>Gem. GOZ und vorliegender medizinischer Notwendigkeit |
| <b>Vollschutz</b> | <b>Zahnersatz</b>   |   |     | <b>Signal ZahnTOP ZahnTOP pur</b>                          |
| ✓                 | 90%   | 70%                                       | 50% | ✓<br>Gem. GOZ  |

|   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ist Laserbehandlung im Rahmen der 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"/> |

|                                     |                                     |                                     |  |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Gem. GOZ   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Zuschläge sind nur gem. GOZ bei bestimmten GOZ-Positionen berechnungsfähig |

| Sonstiges  | Sehr Wichtig             | Wichtig                  | Unwichtig                |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Keine Leistungsausschlüsse oder Risikozuschläge bei fehlenden/nicht ersetzten Zähnen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maximale Anzahl fehlender und nicht ersetzter Zähne zu denen der Vertragsabschluss möglich ist?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sofern höhere Leistungsstufen oder Tarife angeboten werden, ist ein Wechsel ohne erneute Gesundheitsprüfung, ohne Wartezeiten und ohne neue Zahnstaffel möglich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auf altersabhängige Beitragsanpassungen wird verzichtet (keine altersbedingten Beitragssprünge)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wird auf Wartezeiten verzichtet?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gibt es eine Patientenbescheinigung zur Vorlage beim Zahnarzt  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche Zahnstaffel ist vereinbart?   |                          |                          |                          |
| Sind Sehhilfen erstattungsfähig?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Vollschutz  | Zahnersatz  | Signal ZahnTOP ZahnTOP pur   |
|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/>  |
| 4   | 4   | <input checked="" type="checkbox"/><br>Die Aufnahme in den Zahntarif ist vom Ergebnis einer Gesundheitsprüfung abhängig. Details zu den Aufnahmeleitlinien werden nicht kommuniziert.  |
| <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/>  |
| <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/><br>In den pur-Varianten (ohne Alterungsrückstellungen) erfolgen zu bestimmten Lebensaltern planmäßige Beitragsumstufungen                          |
| <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/>  |
| <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/>  |
| <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/>  |
| <u>Zahnbehandlung</u><br>keine Zahnstaffel<br><u>Zahnersatz</u><br>1. Jahr: 1.000 €<br>1.-2. Jahr: 2.000 €<br>1.-3. Jahr: 3.000 €<br>1.-4. Jahr: 4.000 €<br>Rechnungsbetrag | <u>Zahnbehandlung</u><br>keine Zahnstaffel<br><u>Zahnersatz</u><br>1. Jahr: 1.000 €<br>1.-2. Jahr: 2.000 €<br>1.-3. Jahr: 3.000 €<br>1.-4. Jahr: 4.000 €<br>Rechnungsbetrag | <u>Zahnstaffel</u><br>Im ersten Kalenderjahr:<br>01.10. bis .31.12. 250 €<br>01.07. bis 30.09. 500 €<br>01.04. bis 30.06. 750 €<br>01.01. bis 31.12. 1000 €<br><br>2.-4. Jahr: 2.000 € |
| <input checked="" type="checkbox"/><br>100% bis 125 €<br>alle 2 Jahre   | <input checked="" type="checkbox"/><br>100% bis 125 €<br>alle 2 Jahre   | <input checked="" type="checkbox"/>  |

|  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sind sonstige Leistungen versichert, die nicht dem Bereich Zahngesundheit zuzuordnen sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

|                                     |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|

**Diese Übersicht kann die Leistungen nur stark verkürzt darstellen. Wir weisen daher ausdrücklich drauf hin, dass rechtsverbindlich nur die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Tarifbestimmungen, Produktinformationen und etwaige Zusatzvereinbarungen des Versicherers sind!**

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

| Empfehlung des Vermittlers             |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vollschutz V1 | <input type="checkbox"/> Zahnersatz Z1 | <input type="checkbox"/> Signal ZahnTOP<br>Signal ZahnTOPpur |
| <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 ZahnTOP
  - Vollschutz V2       Zahnersatz Z2       Signal ZahnTOPpur
  - 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