



Private Krankenversicherung

Produktlinien

in der Krankheitskostenvollversicherung



Ambulante Behandlungen

	intro Privat®		Top Privat	ECONOMY		CLASSIC	
	uni-intro Privat® 300 (uni-iP 300) Selbstbeteiligung von 300 EUR p. a.		uni-Top Privat 300 (uni-TP 300) Selbstbeteiligung von 300 EUR p. a. (Kinder und Jugendliche je die Hälfte)	uni-VE 900 K Selbstbeteiligung von 900 EUR p. a.		uni-VE 1300 G/H, uni-VE 2000 G/H Selbstbeteiligung von 1.300 - 2.000 EUR p. a. (Halbe SB in den H-Stufen für Kinder und Versicherte ab Vollendung des 65. Lebensjahres)	Selbstbeteiligungsstufen von 0 - 1.360 EUR p. a. im ambulanten Bereich
Arzt freie Wahl unter niedergelassenen approbierten Ärzten	Ja, einschließlich Ärzte ohne Kassenzulassung, die nur privat behandeln. Nach Überweisung durch den Haus- oder Primärarzt werden Facharztrechnungen zu 100 % erstattet, bei Facharztbehandlungen ohne vorherige Überweisung zu 75 % (Entfall des Hausarztmodells durch Mitversicherung des Tarifs uni-ZF möglich)		Ja, einschließlich Ärzte ohne Kassenzulassung, die nur privat behandeln	Ja, einschließlich Ärzte ohne Kassenzulassung, die nur privat behandeln. Nach Überweisung durch den Haus- oder Primärarzt werden Facharztrechnungen zu 100 % erstattet, bei Facharztbehandlungen ohne vorherige Überweisung zu 80 %		Ja, einschließlich Ärzte ohne Kassenzulassung, die nur privat behandeln	
Erstattung von Arzthonoraren	Bis zu den Höchstsätzen der GOÄ		Wenn medizinisch notwendig, auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus	Wenn medizinisch notwendig, auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus			
Heilpraktikerbehandlung freie Wahl unter zugelassenen Heilpraktikern	Vergleichbares Arzthonorar bis Regelhöchstsatz der GOÄ zu 75 %		Bis zu den Höchstsätzen der GebüH zu 100 % – bis zu 2.000 EUR pro Kalenderjahr	Vergleichbares Arzthonorar bis Regelhöchstsatz der GOÄ zu 80 %	Vergleichbares Arzthonorar bis Regelhöchstsatz der GOÄ zu 100 %		
Psychotherapie freie Wahl der Behandler	Ja						
Behandlungsumfang	Bis 50 Sitzungen pro Kalenderjahr zu 75 %		Die ersten 20 Sitzungen zu 100 % , danach 90 % pro Kalenderjahr	Bis 50 Sitzungen pro Kalenderjahr zu 80 %	Bis 50 Sitzungen pro Kalenderjahr zu 100 %	100 % , keine Begrenzungen bei med. Notwendigkeit	
Vorsorgemaßnahmen im Rahmen gesetzlicher Programme, z. B. Krebsvorsorge	Ja, gezielte Vorsorgeuntersuchungen ohne Altersbegrenzungen und ohne festgelegte Zeitabstände sowie Schutzimpfungen nach dem jeweils aktuellen Impfkalender der Ständigen Impfkommision am Robert-Koch-Institut (STIKO)		Sämtliche ambulante Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung (ohne Einschränkung auf gesetzliche Programme) sowie sämtliche Schutzimpfungen (inkl. Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen) sind erstattungsfähig.	Ja, gezielte Vorsorgeuntersuchungen ohne Altersbegrenzungen und ohne festgelegte Zeitabstände sowie Schutzimpfungen nach dem jeweils aktuellen Impfkalender der Ständigen Impfkommision am Robert-Koch-Institut (STIKO)			
Außerhalb gesetzlicher Programme, z. B. Reiseprophylaxe	Nein			Vorsorgepauschale: Bis 500 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren		Vorsorgepauschale: Bis 500 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren	
Vorsorge ohne Abzug der SB und BRE-unschädlich	Vorsorgeleistungen, Zahnprophylaxe sowie Schutzimpfungen werden auf die Selbstbeteiligung angerechnet und sind nicht BRE-unschädlich.		Definierte Vorsorgeleistungen/Zahnprophylaxe/Präventionskurse sowie Schutzimpfungen ohne Abzug der Selbstbeteiligung und BRE-unschädlich.	Vorsorgeleistungen, Zahnprophylaxe sowie Schutzimpfungen werden auf die Selbstbeteiligung angerechnet und sind nicht BRE-unschädlich.		Vorsorgeleistungen sowie Schutzimpfungen werden grundsätzlich auf die Selbstbeteiligung angerechnet. Einzelne Leistungen die über die Vorsorgepauschale (bis 500 EUR in zwei KJ) abgerechnet werden können sowie Zahnprophylaxe werden nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet. Alle Leistungen sind nicht BRE-unschädlich.	
Arznei- und Verbandmittel nach Verordnung	75 % bis maximal 625 EUR Selbstbehalt (bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 EUR), darüber hinaus erfolgt die Erstattung zu 100 %			100 %			
Heilmittel nach Verordnung: z. B. Inhalationen, Logopädie, Krankengymnastik, Massage, Ergotherapie	Ohne Begrenzung auf bestimmte Therapien						
Erstattung von Heilmitteln	Auch über das vergleichbare Arzthonorar hinaus – Erstattung zu 75 % –		Auch über das vergleichbare Arzthonorar hinaus – Erstattung zu 100 % –	Auch über das vergleichbare Arzthonorar hinaus 100 % bis 360 EUR je Person und Kalenderjahr, darüber hinaus 80 %	Auch über das vergleichbare Arzthonorar hinaus – Erstattung zu 100 % –		
Hilfsmittel nach Verordnung	Kleinere Hilfsmittel (Bruchbänder, Bandagen, Einlagen, Leibbinden und Kompressionsstrümpfe) werden zu 75 % erstattet. Weitere Hilfsmittel werden jeweils einmal innerhalb eines Kalenderjahres zu 75 % erstattet. Die 25 %ige Selbstbeteiligung ist auf einen Höchstbetrag von 1.000 EUR pro Person und Kalenderjahr begrenzt – ab Überschreitung des Eigenanteils von 1.000 EUR erfolgt die Erstattung zu 100 % . Offener Hilfsmittelkatalog, ohne tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis		Hilfsmittel zu 100 % ohne Unterscheidung „kleine“ und „sonstige“ Hilfsmittel. Ohne Begrenzung auf Festbeträge. Offener Hilfsmittelkatalog, ohne tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis.	Kleinere Hilfsmittel: Bruchbänder, Bandagen, Einlagen, Leibbinden, Kompressionsstrümpfe zu 100 % . Weitere Hilfsmittel einmal innerhalb eines Kalenderjahres z. B. orthopädische Schuhe, Hörhilfe, Heimdialysegerät bei Nierenversagen, Körperersatzstücke, Krankenfahrstuhl, elektronische Sprechhilfe bei Kehlkopfoperationen, Blindenhund, Haarersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben, Gehapparat, Gehstützen, Stützapparate, Blutgerinnungsmessgerät bei erforderlicher Dauerantikoagulation und künstlichem Herzklappenersatz, lebenserhaltende Hilfsmittel, bis 180 EUR zu 100% . Hilfsmittel, die mehr als 180 EUR kosten sind bei kostenbewusstem Verhalten (z. B. durch Kostenvoranschläge oder Miete statt Kauf) zu 100 % erstattungsfähig, sonst zu 80 % . Offener Hilfsmittelkatalog, ohne tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis	Ohne Begrenzung auf Festbeträge. Kleinere Hilfsmittel: Bruchbänder, Bandagen, Einlagen, Leibbinden, Kompressionsstrümpfe zu 100 % . Weitere Hilfsmittel einmal innerhalb eines Kalenderjahres, z. B. orthopädische Schuhe, Hörhilfe, Heimdialysegerät bei Nierenversagen, Körperersatzstücke, Krankenfahrstuhl, elektronische Sprechhilfe bei Kehlkopfoperationen, Blindenhund, Haarersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben, Gehapparat, Gehstützen, Stützapparat, Blutgerinnungsmessgerät bei erforderlicher Dauerantikoagulation und künstlichem Herzklappenersatz, lebenserhaltende Hilfsmittel zu 100 % . Offener Hilfsmittelkatalog, ohne tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis		
Sehhilfen nach Verordnung	75 % des Rechnungsbetrages, max. 125 EUR in 2 Kalenderjahren für alle Sehhilfen insgesamt		100 % des Rechnungsbetrages, max. 600 EUR in 24 Monaten für alle Sehhilfen insgesamt. Ein erneuter Anspruch entsteht bereits vor Ablauf der 24 Monate bei einer Änderung der Sehstärke. Sehhilfen sind auch ohne ärztliche Verordnung erstattungsfähig, wenn eine Refraktionsbestimmung durch den Optiker durchgeführt wurde.	100 % des Rechnungsbetrages, max. 310 EUR in 2 Kalenderjahren für alle Sehhilfen insgesamt		100 % des Rechnungsbetrages, max. 125 EUR für Brillengestelle 300 EUR für Einstärkengläser 600 EUR für Mehrstärkengläser Alle 2 Jahre; bei veränderter Sehstärke auch öfter; bei med. Notwendigkeit auch höhere Beträge für Gläser.	
Kontaktlinsen				In 1-jährigen Abständen z. B. ab 4 Dioptrien, 2 Dioptrien Korrekturdifferenz oder Erkrankungen der Augen			
Fahrten und Transporte zum nächstgelegenen, geeigneten Krankenhaus, Arzt bzw. Heilpraktiker	Ja, ohne Kilometerbegrenzung Auch Fahrten bei ärztlich attestierter Gehunfähigkeit, bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 3, 4, 5 und zur Dialyse-, Chemo- oder Strahlenbehandlung		Fahrten und Transporte (auch Taxifahrten) zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt bzw. Heilpraktiker oder Krankenhaus, wenn der Hin- und/oder Rückweg aus medizinischen Gründen (z. B. wegen Gehunfähigkeit) nicht mit einem öffentlichen Verkehrsmittel oder eigenem privaten Kraftfahrzeug zurückgelegt werden kann.	Ja, ohne Kilometerbegrenzung Auch Fahrten bei ärztlich attestierter Gehunfähigkeit, bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 3, 4, 5 und zur Dialyse-, Chemo- oder Strahlenbehandlung			
Telemedizinische Behandlungen z. B. Diagnostik, Beratung, Behandlung per Onlinechat/Videotelefonie	Ja						
Kinderwunschbehandlung	Aufwendungen für künstliche Befruchtung sind nicht erstattungsfähig (§ 5 Abs. 1.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II findet keine Anwendung)		Aufwendungen für medizinisch notwendige Maßnahmen (einschließlich Arzneimittel) zur Erlangung einer Schwangerschaft sind erstattungsfähig.	Leistung für künstliche oder extrakorporale Befruchtung sind erstattungsfähig.			
Besonderheit	- Sozialpädiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen - häusliche Behandlungspflege (z. B. Verbandswechsel, Wundversorgung, Katheterwechsel, Injektionen)		- Sozialpädiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen - häusliche Behandlungspflege (z. B. Verbandswechsel, Wundversorgung, Katheterwechsel, Injektionen) sowie zusätzliche Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Zusammenhang mit einer ärztlich verordneten Behandlungspflege - 100 % der Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen sowie 80 % der Kosten für andere digitale Gesundheitsanwendungen bis zu maximal 1.600 EUR - Familien- und Haushaltshilfen bis maximal 100 EUR pro Kalendertag - ambulante Sozialtherapie - Kryokonservierung - Bei Krankheit des Kindes (ebenfalls im Tarif uni-Top Privat versichert) wird ein Tagegeld als Pauschale in Höhe von 100 EUR für maximal 15 Tage im Kalenderjahr gezahlt - Überführung im Todesfall oder Bestattung im Ausland	- Sozialpädiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen - häusliche Behandlungspflege (z. B. Verbandswechsel, Wundversorgung, Katheterwechsel, Injektionen)			



Zahnmedizin

	intro Privat®			Top Privat		ECONOMY		CLASSIC						
	uni-intro Privat® 300 (uni-IP 300) Selbstbeteiligung von 300 EUR p. a.		uni-intro Privat® 600 (uni-IP 600) Selbstbeteiligung von 600 EUR p. a.		uni-Top Privat 300 (uni-TP 300) Selbstbeteiligung von 300 EUR p. a. (Kinder und Jugendliche je die Hälfte)		uni-VE 900 K Selbstbeteiligung von 900 EUR p. a.		uni-VE 1300 G/H, uni-VE 2000 G/H Selbstbeteiligung von 1.300 - 2.000 EUR p. a. (Halbe SB in den H-Stufen für Kinder und Versicherte ab Vollendung des 65. Lebensjahres)		Selbstbeteiligungsstufen von 0 - 1.360 EUR p. a. im ambulanten Bereich			
Vorbeugende Maßnahmen Karies- und Parodontoseprophylaxe	Ja, z. B. Fluoridierung mit Lack zur Zahnhärtung, professionelle Zahnreinigung													
Zahnbehandlung allgemeine, konservierende Maßnahmen, z. B. Füllungen, Versiegelung	Ja, auch Inlays													
Zahnersatz z. B. Kronen, Prothesen, Brücken	Ja, auch Implantate ohne Begrenzung der Anzahl, inkl. Knochenaufbau													
Gnathologie Funktionsanalytik und -therapie zur Überprüfung und Verbesserung der Kau- und Bissfunktion bzw. zur Feststellung von Kiefergelenkserkrankungen	Ja, mitversichert													
Zahn- und Kieferregulierung (Kieferorthopädie) Maßnahmen zur Besserung von Zahn- oder Kieferfehlstellungen	Ja, für Kinder, Jugendliche und Erwachsene													
Heil- und Kostenplan Behandlungsplan vor Beginn genehmigen lassen?	Ja, bei Inlays, Zahnersatz und Kieferorthopädie				Nein		Ja, nur bei Zahnersatz, außer bei Einzelkronen							
Erstattungshöhe	uni-IP 300		inkl. uni-ZZ		uni-IP 600		100 % Zahnbehandlung		100 % Zahnbehandlung und Kieferorthopädie				Tarif uni-ZA 100 100 % Zahnbehandlung und Kieferorthopädie 80 % Zahnersatz	
	100 %	100 %	100 %	Zahnbehandlung, Inlays für die zahnärztliche Leistung für die zahntechnischen Leistungen									Tarif uni-ZA 90 90 % Zahnbehandlung und Kieferorthopädie 60 % Zahnersatz	
	60 %	80 %	80 %	Zahnersatz für die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen									Tarif uni-ZA 80 80 % Zahnbehandlung und Kieferorthopädie 80 % Zahnersatz	
	100 %	100 %	100 %	für die zahntechnischen Leistungen bei Zahnersatz aufgrund eines Unfalls			90 % Zahnersatz und Kieferorthopädie		80 % Zahnersatz					
	60 %	80 %	60 %	Kieferorthopädie für die zahnärztlichen bzw. kieferorthopädischen und zahntechnischen Leistungen										
	100 %	100 %	100 %	für die zahntechnischen Leistungen bei der Versorgung aufgrund eines Unfalls										
Leistungshöchstsätze im Zahnbereich – entfallen bei Unfällen – In der Startphase:	Der Leistungsanspruch für alle erstattungsfähigen Aufwendungen errechnet sich höchstens aus einem erstattungsfähigen Betrag 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					Die Erstattung ist begrenzt auf 1.500 EUR im ersten Versicherungsjahr (VJ), 3.000 EUR in den ersten zwei VJ, 4.500 EUR in den ersten drei VJ und 6.000 EUR in den ersten vier VJ. Die Begrenzung entfällt bereits ab dem 4. VJ, wenn in den letzten 5 Kalenderjahren vor Beginn eine jährliche Zahnvorsorgeuntersuchung durchgeführt wurde.		Für die erstattungsfähigen Aufwendungen gelten folgende Höchstsätze: 3.100 EUR in den ersten 3 Kalenderjahren 7.700 EUR in den ersten 5 Kalenderjahren 15.400 EUR in den ersten 7 Kalenderjahren				Für die erstattungsfähigen Aufwendungen gelten folgende Höchstsätze: 1.550 EUR im ersten Versicherungsjahr 3.100 EUR in den ersten 3 Versicherungsjahren 7.700 EUR in den ersten 5 Versicherungsjahren 15.400 EUR in den ersten 7 Versicherungsjahren		
Im Anschluss:	Insgesamt 5.000 EUR jährlich ab dem 6. Kalenderjahr					Keine Begrenzung durch Leistungshöchstsätze		Ab dem 8. Jahr für jeweils 3 Kalenderjahre zusammen bis 15.400 EUR				Keine Begrenzung durch Leistungshöchstsätze		
Material- und Laborkosten: Kosten für Zahntechnik	Keine Begrenzung auf gesetzliche Kassensätze; auch besonders gesundheitsverträgliche Materialien, kein tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis													
Honorarhöhe Erstattung von Zahnarzt honoraren	Bis zum Höchstsatz der GOZ bzw. GOÄ					Bei med. Notwendigkeit auch über den Höchstsatz der GOZ bzw. GOÄ hinaus		Bis zum Höchstsatz der GOZ bzw. GOÄ . Bei bestimmten Implantatenerneuerungen und Weisheitszahnoperationen sogar bis zum 5fachen Satz der Gebührenordnung				Bei med. Notwendigkeit auch über den Höchstsatz der GOZ bzw. GOÄ hinaus		



Stationäre Behandlungen

	intro Privat®			Top Privat		ECONOMY			CLASSIC					
	uni-intro Privat® 300 (uni-iP 300) Selbstbeteiligung von 300 EUR p. a.		uni-intro Privat® 600 (uni-iP 600) Selbstbeteiligung von 600 EUR p. a.		uni-Top Privat 300 (uni-TP 300) Selbstbeteiligung von 300 EUR p. a. (Kinder und Jugendliche je die Hälfte)		uni-VE 900 K Selbstbeteiligung von 900 EUR p. a.		uni-VE 1300 G/H, uni-VE 2000 G/H Selbstbeteiligung von 1.300 - 2.000 EUR p. a. (Halbe SB in den H-Stufen für Kinder und Versicherte ab Vollendung des 65. Lebensjahres)			Selbstbeteiligungsstufen von 0 - 1.360 EUR p. a. im ambulanten Bereich		
Krankenhauswahlrecht unter privaten und öffentlichen Krankenhäusern	Freie Wahl unter allen Krankenhäusern, die der Bundespflegesatz- verordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen			Ja, auch Spezialkliniken										
Allgemeine Krankenhausleistungen Unterkunft, Schwestern, Arzneien, Stationsarzt	Ja, mitversichert; Abrechnung direkt zwischen Krankenhaus und uniVersa möglich													
Krankentransporte zum nächstgelegenen, geeigneten Krankenhaus	Ja, auch Rettungshubschrauber													
Wahlleistungen Chefarzt	uni-iP 300	uni-iP 300 inkl. uni-SZ II plus	uni-iP 600	Ja, wenn medizinisch notwendig auch über die Höchstsätze der GOÄ ⚡ hinaus	Erstattung des Honorars nach der GOÄ ⚡, wenn medizinisch notwendig auch über die Höchstsätze hinaus. Durch den Chefarzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen für die Operation selbst (z.B. Kapazitäten-OP) werden bei Vorlage einer rechtsgültigen individuellen Vereinbarung (gemäß §2 GOÄ ⚡) bis zum 5-fachen Satz erstattet.				uni-ST 1/100	uni-ST 2/100	uni-ST 3/100			
	Nein	Ja	Ja		Ja, wenn medizinisch notwendig auch über die Höchstsätze der GOÄ ⚡ hinaus				Nein					
Einbettzimmer	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja				Ja	Nein	Nein			
Zweibettzimmer	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja				Ja	Ja	Nein			
Rooming-in aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson	Ja													
Ausgleichskrankenhaustagegeld - gemäß den jeweiligen Tarifbedingungen -	uni-iP 300: ja, bei Verzicht auf Kostenerstattung uni-iP 600/uni-SZ II plus: ja, bei Verzicht auf 2-Bettzimmer und Chefarzt oder Verzicht auf Kostenerstattung			Ja, bei Verzicht auf Unterbringung im 1- oder 2-Bettzimmer, bei Verzicht auf Chefarzt oder bei Verzicht auf Kostenerstattung		Ja, bei Verzicht auf Unterbringung im 1- oder 2-Bettzimmer, bei Verzicht auf Chefarzt oder bei Verzicht auf Kostenerstattung				Je nach Tarifstufe vorgesehen für Verzicht auf Unterbringung, bei Verzicht auf Chefarzt oder bei Verzicht auf Kostenerstattung				
Organtransplantation/Stammzellenspende	Ja, Kostenübernahme auch für den Organspender													



Allgemeine Bestimmungen

	intro Privat®		Top Privat	ECONOMY		CLASSIC
	uni-intro Privat® 300 (uni-iP 300) Selbstbeteiligung von 300 EUR p. a.	uni-intro Privat® 600 (uni-iP 600) Selbstbeteiligung von 600 EUR p. a.	uni-Top Privat 300 (uni-TP 300) Selbstbeteiligung von 300 EUR p. a. (Kinder und Jugendliche je die Hälfte)	uni-VE 900 K Selbstbeteiligung von 900 EUR p. a.	uni-VE 1300 G/H, uni-VE 2000 G/H Selbstbeteiligung von 1.300 - 2.000 EUR p. a. (Halbe SB in den H-Stufen für Kinder und Versicherte ab Vollendung des 65. Lebensjahres)	Selbstbeteiligungsstufen von 0 - 1.360 EUR p. a. im ambulanten Bereich
erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit in einem Kalenderjahr	Umfang und Höhe ist abhängig von den erzielten Überschüssen und wird jährlich neu festgelegt.					
garantierte Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit in einem Kalenderjahr	Der Tarif sieht keine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung vor.		600 EUR garantierte Beitragsrückerstattung (Kinder und Jugendliche je die Hälfte)	Der Tarif sieht keine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung vor.		
Beitragsfreiheit nach Entbindung	Für den nicht erwerbstätigen Elternteil bis zu 6 Monate (in den Tarifen uni-intro Privat® / uni-ZZ / uni-ZF) Im Rahmen der Kindernachversicherung Beitragsbefreiung für das Neugeborene im Geburtsmonat.		Für dem versicherten Elternteil bis zu 6 Monate Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld oder wenn kein Anspruch auf Elterngeld wegen Überschreiten der Einkommensgrenzen besteht und die bisherige wöchentliche Arbeitszeit reduziert wird. Im Rahmen der Kindernachversicherung Beitragsbefreiung für das Neugeborene im Geburtsmonat. Weitere 6 Monate Beitragsbefreiung für das Neugeborene ab dem 2. Monat.	Im Rahmen der Kindernachversicherung Beitragsbefreiung für das Neugeborene im Geburtsmonat.		
Auslandsschutz Europaweiter Versicherungsschutz	Ja, ohne zeitliche Begrenzung					
Außereuropäischer Versicherungsschutz	Je nach Versicherungsdauer bis zu 3 Jahre ohne Vereinbarung, bei notwendiger Verlängerung des Aufenthaltes wegen Erkrankung zeitlich unbegrenzt					
Rücktransport aus dem Ausland	Über Tarif uni-RD versicherbar		mitversichert	mitversichert		Über Tarif uni-RD versicherbar



Allgemeine Bestimmungen

	intro Privat®		Top Privat	ECONOMY		CLASSIC
	uni-intro Privat® 300 (uni-iP 300) Selbstbeteiligung von 300 EUR p. a.	uni-intro Privat® 600 (uni-iP 600) Selbstbeteiligung von 600 EUR p. a.	uni-Top Privat 300 (uni-TP 300) Selbstbeteiligung von 300 EUR p. a. (Kinder und Jugendliche je die Hälfte)	uni-VE 900 K Selbstbeteiligung von 900 EUR p. a.	uni-VE 1300 G/H, uni-VE 2000 G/H Selbstbeteiligung von 1.300 - 2.000 EUR p. a. (Halbe SB in den H-Stufen für Kinder und Versicherte ab Vollendung des 65. Lebensjahres)	Selbstbeteiligungsstufen von 0 - 1.360 EUR p. a. im ambulanten Bereich
Ambulante Anschlussheilbehandlung (AHB)	Ja, wenn kein gesetzlicher Rehaträger in Anspruch genommen werden kann.		Sind im tariflichen Umfang erstattungsfähig (ab dem 22. Tag Zusage erforderlich). Bestehende Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern sind vorrangig in Anspruch zu nehmen.	Ja, wenn kein gesetzlicher Rehaträger in Anspruch genommen werden kann.		
Stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB)			Ja, wenn kein gesetzlicher Rehaträger in Anspruch genommen werden kann. Gleiches gilt für Aufwendungen für medizinisch notwendige post-primäre bzw. weiterführende Rehabilitation, wenn eine Anschlussheilbehandlung aus medizinischer Sicht nicht oder noch nicht möglich ist.			
Ambulante Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen	Rehabilitationsmaßnahmen wenn kein gesetzlicher Rehaträger in Anspruch genommen werden kann.		Sind im tariflichen Umfang erstattungsfähig. Zusätzlich wird ein Kurtagegeld in Höhe von 20 EUR je Tag gezahlt für max. 28 Tage innerhalb von 3 Kalenderjahren gezahlt.	Ärztlich verordnete ambulante Kuren werden im tariflichen Umfang erstattet.	Im Rahmen der Vorsorgepauschale (bis 500 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren)	
Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen			Sind im tariflichen Umfang erstattungsfähig. Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu 55 EUR je Tag für maximal 28 Tage (erneut Anspruch nach Ablauf von drei Jahren). Zusätzlich wird ein Kurtagegeld in Höhe von 20 EUR je Tag gezahlt für max. 28 Tage innerhalb von 3 Kalenderjahren gezahlt.	Rehabilitationsmaßnahmen wenn kein gesetzlicher Rehaträger in Anspruch genommen werden kann.		
Häusliche Behandlungs-/Krankenpflege z. B. Verbands-, Katheterwechsel	Ja, durch staatl. geprüfte Pflegefachkräfte					
Entwöhnungsbehandlung nach vorheriger schriftlicher Zusage	70 %, bis zu drei Behandlungen während der gesamten Vertragslaufzeit, sofern kein Rehaträger oder sonstiger Leistungserbringer in Anspruch genommen werden kann. Ambulante Entwöhnungsbehandlungen bis zu einer Dauer von 6 Monaten. Stationär bis zu einer Dauer von 3 Monaten – dabei sind die allgemeinen Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, erstattungsfähig.		Bis zu drei (amb. oder stat.), die ersten beiden zu 100 %, die dritte zu 70 % + 30 %, wenn die Behandlung nicht vorher aus disziplinarischen Gründen oder ohne ärztliches Einverständnis beendet wurde.	70 %, bis zu drei Behandlungen während der gesamten Vertragslaufzeit, sofern kein Rehaträger oder sonstiger Leistungserbringer in Anspruch genommen werden kann. Ambulante Entwöhnungsbehandlungen bis zu einer Dauer von 6 Monaten. Stationär bis zu einer Dauer von 3 Monaten – dabei sind die allgemeinen Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, erstattungsfähig.		
Selbstbeteiligung (SB) pro Kalenderjahr	uni-intro Privat® 300: 300 EUR p. a. für alle Leistungsbereiche zusammen uni-intro Privat® 600: 600 EUR p. a. für alle Leistungsbereiche zusammen		300 EUR p. a. für alle Leistungsbereiche zusammen (150 EUR p.a. für Kinder und Jugendliche bis zu dem Kalenderjahr das vor Vollendung des 21. Lebensjahres liegt)	uni-VE 900 K: 900 EUR p. a. für alle Leistungsbereiche zusammen	uni-VE 1300 H/uni-VE 2000 H: 1.300 EUR/2.000 EUR p. a. (1/2 SB bis 15 Jahre bzw. ab 65 Jahre) für alle Leistungsbereiche zusammen uni-VE 1300 G/uni-VE 2000 G: 1.300 EUR/2.000 EUR p. a. für alle Leistungsbereiche zusammen	Für ambulante Behandlungen: uni-A 100 keine SB uni-A 155 155 EUR p. a. uni-A 310 310 EUR p. a. uni-A 620 620 EUR p. a. uni-A 1360 1.360 EUR p. a. uni-A 80 20 %, jedoch max. 500 EUR p. a.
Serviceleistungen	uniVersa medLine, das medizinische Servicetelefon, erteilt Auskunft, z. B. für Beratung bei der Auswahl von Ärzten, Fachärzten und Krankenhäusern; Beantwortung allgemeiner medizinischer Fragen; Impfberatung; Reise- und tropenmedizinische Beratung; Beratung zu Vorsorgeuntersuchungen (Gesundheitsförderung); zu Arzneimitteln (Nebenwirkungen?...). Gesundheitsportal-privat mit aktuellen Informationen, Tipps und Services rund um das Thema Gesundheit; im Internet unter www.universa.gesundheitsportal-privat.de					
Besonderheiten im Tarif uni-intro Privat® Die Aufwendungen für ärztliche Heilbehandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland (BRD) werden zu 75 % erstattet. Bei einem Krankenhausaufenthalt außerhalb der BRD sind Aufwendungen für die niedrigste Preiskategorie für Krankenhaus- und ärztliche Leistungen des Krankenhauses erstattungsfähig. Bei Behandlung im Ausland keine Begrenzung der Erstattung auf deutsche Pflegesätze, sollte die allgemeine Pflegeklasse dort teurer als in Deutschland sein. Honorare der Heilbehandler im Ausland sind bei akuten Behandlungen auch über die Begrenzung der deutschen Gebührenordnung hinaus erstattungsfähig.						
Wahlweise Beitragsentlastung im Alter Mit unserer Beitragsentlastungskomponente uni-BE fflex können Sie Ihre uniVersa-Krankenversicherung je nach Ihrer individuellen Situation steuerlich optimal ergänzen und sichern sich schon heute eine garantierte Beitragsreduzierung im Alter.						
Wahlweise Kostenerstattung bei Krankheit im Ausland Unsere Auslandsreisekrankenversicherung uni-RD bietet weltweiten Versicherungsschutz für akut eingetretene Krankheiten und Unfälle bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten bis zu 2 Monate pro Auslandsreise. Der medizinisch sinnvolle und wirtschaftlich vertretbare Rücktransport ins Inland, einschließlich der Aufwendungen für eine mitversicherte Begleitperson, ist enthalten. Im Hinblick auf eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit in den Produktlinien Top Privat, CLASSIC, ECONOMY oder intro Privat® empfehlen wir anfallende Behandlungskosten im Ausland über die Auslandsreisekrankenversicherung abzurechnen.						

Die Höherversicherungsoptionen im Tarif uni-intro Privat® Ein Wechsel über die tariflich verankerten Optionsrechte ist generell in Top Privat, CLASSIC und ECONOMY möglich		
Optionstermin zum Ablauf des	Altersgrenze	Sondervorteil
3. VJ	ohne	keine erneute Risikoprüfung und keine Wartezeiten
8. VJ	vor Vollendung des 50. Lebensjahres	keine erneute Risikoprüfung und keine Wartezeiten
13. VJ		keine Wartezeiten und ggf. auf maximal 40 % limitierter Risikoausgleichsbeitrag
nach jeweils weiteren 5 VJ		keine Wartezeiten und ggf. auf maximal 60 % limitierter Risikoausgleichsbeitrag
Wenn kein Optionstermin zur Erhöhung des Versicherungsschutzes in der Vollversicherung genutzt wurde, gelten folgende Rechte		
3. VJ	nach Vollendung des 50. Lebensjahres	Nachversicherung eines Tarifes für eine Krankenhaustagegeldversicherung oder eine Pflegetagegeldversicherung mit max. 60 EUR Tagegeldleistung ohne Wartezeiten und ohne erneute Risikoprüfung
8. oder 13. VJ bzw. nach jeweils weiteren 5 VJ, sofern es sich um den letzten Termin vor Vollendung des 50. Lebensjahres handelt	vor Vollendung des 50. Lebensjahres	

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

☛ GOÄ = Gebührenordnung für Ärzte	
Höchstsatz:	3,5fach für persönliche Leistungen
	2,5fach für medizinisch-technische Leistungen
	1,3fach für Laborleistungen
Regelhöchstsatz:	2,3fach für persönliche Leistungen
	1,8fach für medizinisch-technische Leistungen
	1,15fach für Laborleistungen
☛ GOZ = Gebührenordnung für Zahnärzte	
Höchstsatz:	3,5fach für persönliche Leistungen
Regelhöchstsatz:	2,3fach für persönliche Leistungen

Die ideale Ergänzung zu Ihrer Krankheitskostenvollversicherung

– die vielseitigen Ergänzungstarife der universa –

Krankentagegeldtarif zur Absicherung des Verdienstauffalls bei Krankheit

Krankentagegeldtarif uni-KT

Tarifstufen für Selbständige:

uni-KT 15, uni-KT 22, uni-KT 29

Leistungen jeweils ab dem 15./22. oder 29. Tag der Arbeitsunfähigkeit

Tarifstufen für Selbständige und Angestellte:

uni-KT 43, uni-KT 92, uni-KT 183

Leistungen jeweils ab dem 43./92. oder 183. Tag der Arbeitsunfähigkeit

Die Highlights des Tarifes uni-KT

zeitlich unbegrenzte Leistungsdauer
dynamische Leistungsanpassung
alle zwei Jahre ohne Risikoprüfung und Wartezeiten
Karriereklausel: Leistungsanpassung ohne Risikoprüfung und ohne Wartezeiten bei Erhöhung des Nettoeinkommens
10facher Tagessatz bei Entbindung
Leistungen während einer Anschlussheilbehandlung
Leistungen bei Kur, Sanatoriumsbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen – auch in einem Heilbad oder Kurort

Krankenhaus- und Kurtagegeld zur angenehmeren Gestaltung des Aufenthaltes

Tarif uni-KSKT

Tagegeld für jeden Tag eines stationären Krankenhausaufenthaltes

Tagegeld für stationäre Aufenthalte in Sanatorien, Kur- oder gemischten Anstalten
(hier für max. 23 Tage innerhalb von 3 Kalenderjahren)

pro Tag 15 EUR bis 130 EUR versicherbar
(Mediziner und Freiberufler bis 340 EUR)

Die Highlights des Tarifs uni-KSKT

10facher Tagessatz bei Entbindung
doppelte Leistung bei Begleitung eines Kindes (bis zum vollendeten 15. Lebensjahr) durch ein (Groß-)Elternteil während einer vollstationären Behandlung im Krankenhaus
Bonus für Aufenthalte bis zu max. 7 Tagen im Kalenderjahr
in Verbindung mit einer Vollversicherung arbeitgeberzuschussfähig

Tarif uni-KU

Tagegeld bei Unterbringung in unter ständiger ärztlicher Aufsicht stehenden Kuranstalten

(halber Tagessatz für ambulante Kurbehandlung in einem Heilbad oder Kurort)

Leistungen für max. 28 Tage innerhalb von 2 Kalenderjahren

pro Tag 10 EUR bis 135 EUR versicherbar

Besonderheit im Tarif uni-KU

für Kuraufenthalte, die innerhalb von 4 Wochen nach einem mindestens 14tägigen Krankenhaus-aufenthalt beginnen, wird das Tagegeld – ohne Anrechnung auf die Leistungsgrenzen – für bis zu 42 Tage gezahlt

Pflegezusatztarife zur Absicherung im Pflegefall

Pflegeergänzungstarif uni-PV plus

Erhöhung der Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung

> in allen Pflegegraden (1-5) um 50 %:
uni-PV plus 50

> in allen Pflegegraden (1-5) um 100 %:
uni-PV plus 100

Grundsätzlich werden alle von der gesetzlichen Pflegeversicherung für die pflegebedürftige Person erbrachten Leistungen erhöht bzw. verdoppelt

Keine Begrenzung der Leistung auf den Rechnungsbetrag

Automatische Anpassung bei Leistungsveränderungen der gesetzlichen Pflegeversicherung ohne Gesundheitsfragen und ohne Altersbegrenzung – auch im Leistungsfall

Keine Karenzzeit, keine Wartezeit

Pflege-Infoline

Pflegetagegeldtarife uni-PT-Komfort und uni-PT-Premium

Frei verfügbares Tagegeld bei Pflegebedürftigkeit

> in den Pflegegraden 4 und 5:
uni-PT-Komfort

> in allen Pflegegraden (1-5):
uni-PT-Premium

Tagegeldleistung zur freien Verfügung

Doppelte Leistung bei Pflegebedürftigkeit in bestimmten Fällen

Sonderzahlung: 10facher Tagessatz alle 2 Jahre

Beitragsbefreiung ab Pflegegrad 4

Werterhalt durch regelmäßige Erhöhungen ohne Gesundheitsfragen und ohne Altersbegrenzung – auch im Leistungsfall

Keine Karenzzeit, keine Wartezeit

Pflege-Infoline

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

Nützliche Tipps rund um das Thema
Versicherungen finden Sie auf unseren
Social-Media-Kanälen. Folgen lohnt sich!



Sulzbacher Straße 1-7
90489 Nürnberg

 +49 911 5307-0
 +49 911 5307-1676

 info@uniVersa.de
 www.uniVersa.de