uniVersa
Krankenversicherung a.G.

Private Krankenversicherung



Die vier Produktlinien der uniVersa

in der Krankheitskostenvollversicherung im Überblick und Vergleich

Ambulante Behandlungen

	intro |Privat®		FUNKTIONAL	ECONOMY	CLASSIC	
	Preisgünstiger Einstieg mit Top-Optionsrechten		Spezialtarif für die Familienphase	Für Preisbewusste mit hohem Anspruch	Für Anspruchsvolle mit Wunsch nach variabler Selbstbeteiligung	
	intro |Privat® 300 Selbstbeteiligung von 300 EUR p. a.	**intro |Privat® 600** Selbstbeteiligung von 600 EUR p. a.	**VF** 30 %, max. 450 EUR p. a. SB	**VE 1300 G/H, VE 2000 G/H** 1.300 - 2.000 EUR p. a. SB (Halbierung für Kinder und Senioren möglich) ***VE 900 K:*** *Leistungsbesonderheiten im ambulanten Bereich siehe Folgeseiten*	0 – 1.360 EUR p. a. SB im ambulanten Bereich ***A 360 K:*** *Leistungsbesonderheiten im ambulanten Bereich siehe Folgeseiten*	
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 werden **75 %** erstattet		Ja, einschließlich Ärzte ohne Kassenzulassung, die nur privat behandeln			
Erstattung von Arzthonoraren	Bis zu den Höchstsätzen der GOÄ❶		Bis zu den Höchstsätzen der GOÄ❶	Wenn medizinisch notwendig, auch über die Höchstsätze der GOÄ❶ hinaus		
Heilpraktikerbehandlung **freie Wahl** unter zugelassenen Heilpraktikern	Vergleichbares Arzthonorar bis Regelhöchstsatz der GOÄ❶ **zu 75 %**		Vergleichbares Arzthonorar bis Regelhöchstsatz der GOÄ❶			
Psychotherapie ohne vorherige Zusage freie Wahl der Behandler	Ja, unter den niedergelassenen approbierten Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- & Jugendlichenpsychotherapeuten		Ja, unter den niedergelassenen approbierten Ärzten	Ja, unter den niedergelassenen approbierten Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- & Jugendlichenpsychotherapeuten	Ja, unter den niedergelassenen approbierten Ärzten	
Behandlungsumfang	Bis 30 Sitzungen pro Kalenderjahr **zu 75 %**		Bis 30 Sitzungen zu je 77 EUR pro Kalenderjahr	Jahreshöchstsatz: 1.-5. KJ zusammen 2.600 EUR, danach alle 3 KJ zusammen bis 2.600 EUR	Keine Begrenzungen bei med. Notwendigkeit	
Vorsorgemaßnahmen im Rahmen gesetzl. Programme, z.B. Krebsvorsorge	Ja, gezielte Vorsorgeuntersuchungen **ohne Altersbegrenzung und ohne festgelegte Zeitabstände** sowie Schutzimpfungen nach dem jeweils aktuellen Impfkalender der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut		Ja, gezielte Vorsorgeuntersuchungen **ohne Altersbegrenzung und ohne festgelegte Zeitabstände** sowie Schutzimpfungen			
Außerhalb gesetzlicher Programme, z.B. Reiseprophylaxe, ambulante Badekur	Nein		Bis 500 EUR innerhalb 2 KJ, **mit Anrechnung auf den Selbstbehalt**	Bis 500 EUR innerhalb 2 KJ, **mit Anrechnung auf den Selbstbehalt**, ärztlich verordnete ambulante Kuren werden unabhängig von dieser Pauschale erstattet	Bis 500 EUR innerhalb 2 KJ, **ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt**	
Arznei- und Verbandmittel nach Verordnung	**75 % bis maximal 625 EUR** Selbstbehalt (bis zu einem RB von 2.500 EUR), darüber hinaus erfolgt die Erstattung **zu 100 %**		Ja, ohne gesetzliche Zuzahlung			
Heilmittel nach Verordnung: z.B. Inhalationen, Krankengymnastik, Massage	Ohne Begrenzung auf bestimmte Therapien					
Erstattung von Heilmitteln	Auch über das vergleichbare Arzthonorar hinaus – Erstattung **zu 75 %** –		Vergleichbares Arzthonorar bis Regelhöchstsatz (1,8fach GOÄ)	Auch über das vergleichbare Arzthonorar hinaus		
Hilfsmittel nach Verordnung, umfangreiches Leistungsspektrum, siehe AVB	**Kleinere Hilfsmittel** gemäß tariflichen Leistungskatalog werden **zu 75 %** erstattet. **Größere Hilfsmittel** gemäß tariflichem Leistungskatalog werden **jeweils einmal innerhalb eines Kalenderjahres zu 75 %** erstattet. Die 25 %ige Selbstbeteiligung ist auf einen Höchstbetrag von 1.000 EUR pro Person und KJ begrenzt – ab Überschreitung des Eigenanteils von 1.000 EUR erfolgt die Erstattung **zu 100 %**. Außerdem die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge und lebenserhaltende Hilfsmittel, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein anderes genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann.		Ja, **ohne Begrenzung** auf Festbeträge. **Kleinere Hilfsmittel**: Bruchbänder, Bandagen, Einlagen, Leibbinden, Kompressionsstrümpfe. **Weitere Hilfsmittel** einmal innerhalb eines Kalenderjahres. Hierzu gehören: orthopädische Schuhe, Hörhilfe, Heimdialysegerät bei Nierenversagen, Körpersatzstücke, Krankenfahrstuhl, elektronische Sprechhilfe bei Kehlkopfoperationen, Blindenhund, Haarersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben, Gehapparat, Gehstützen und Stützapparate. Außerdem die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge und lebenserhaltende Hilfsmittel, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein anderes genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann.			
Sehhilfen nach Verordnung	**75 %** des Rechnungsbetrages, maximal 125 EUR in 2 KJ für alle Sehhilfen insgesamt		Innerhalb von 3 KJ bis insgesamt 205 EUR für alle Sehhilfen	Innerhalb von 2 KJ bis insgesamt 310 EUR für alle Sehhilfen	bis 125 EUR bis 300 EUR bis 600 EUR	Alle 2 Jahre; bei veränderter Sehstärke auch öfter; bei med.Notwendigkeit auch höhere Beträge für Gläser.
Brillengestelle Einstärkengläser Mehrstärkengläser						
Kontaktlinsen					In 1-jährigen Abständen z.B. ab 4 Dioptrien, 2 Dioptrien Korrekturdifferenz oder Erkrankungen der Augen	
Notfalltransporte zum nächstgelegenen, geeigneten Krankenhaus oder Arzt	Ja, ohne Kilometerbegrenzung bis zu zweimal je Versicherungsfall					
Besonderheit	Aufwendungen für künstliche Befruchtung sind nicht erstattungsfähig (§ 5 Abs. 1.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II findet keine Anwendung)		Leistung für **künstliche oder extrakorporale Befruchtung**			

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

Zahnmedizin

	intro |Privat®		FUNKTIONAL	ECONOMY	CLASSIC
	Preisgünstiger Einstieg mit Top-Optionsrechten		Spezialtarif für die Familienphase	Für Preisbewusste mit hohem Anspruch	Für Anspruchsvolle mit Wunsch nach variabler Selbstbeteiligung
	intro |Privat® 300 Selbstbeteiligung von 300 EUR p. a.	**intro |Privat® 600** Selbstbeteiligung von 600 EUR p. a.	**VF** 30 %, max. 450 EUR p. a. SB	**VE 1300 G/H, VE 2000 G/H** 1.300 - 2.000 EUR p. a. SB (Halbierung für Kinder und Senioren möglich) ***VE 900 K:*** *Leistungsbesonderheiten im ambulanten Bereich siehe Folgeseiten*	0 – 1.360 EUR p. a. SB im ambulanten Bereich ***A 360 K:*** *Leistungsbesonderheiten im ambulanten Bereich siehe Folgeseiten*
Vorbeugende Maßnahmen Karies- und Parodontoseprophylaxe	Ja, z.B. Fluoridierung mit Lack zur Zahnhärtung, professionelle Zahnreinigung				
Zahnbehandlung allgemeine, konservierende Maßnahmen, z.B. Füllungen, Versiegelung	Ja Inlays: auch ohne Amalgam-Allergie		Ja Inlays in besonders begründeten Fällen und nach vorheriger Zusage der uniVersa	Ja Inlays: auch ohne Amalgam-Allergie	
Zahnersatz z.B. Kronen, Prothesen, Brücken	Ja, auch Implantate		Ja, einfache kostengünstige Versorgung, ohne Implantate	Ja, auch Implantate	
Gnathologie Funktionsanalytik und –therapie zur Überprüfung und Verbesserung der Kau- und Bissfunktion bzw. zur Feststellung von Kiefergelenkserkrankungen	Ja, mitversichert		**Nicht mitversichert**	Ja, mitversichert	
Zahn- und Kieferregulierung (Kieferorthopädie) Maßnahmen zur Besserung von Zahn- oder Kieferfehlstellungen	Ja, für Kinder, Jugendliche und Erwachsene		Ja, für Erwachsene als Unfallfolge und für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr	Ja, für Kinder, Jugendliche und Erwachsene	
Heil- und Kostenplan Behandlungsplan vor Beginn genehmigen lassen?	Ja, bei Inlays, Zahnersatz und KFO		Ja, bei Kieferorthopädie und Parodontosebehandlung, bei Zahnersatz außer bei Einzelkronen	Ja, nur bei Zahnersatz, außer bei Einzelkronen	
Erstattungshöhe	**iP 300** / **iP 600** 100% / 100% **Zahnbehandlung, Inlays** 100% / 100% für die zahnärztliche Leistung 60% / 80% für die zahntechnischen Leistungen **Zahnersatz** 60% / 80% für die zahnärztlichen und -technischen Leistungen 100% / 100% für die zahntechnischen Leistungen bei Zahnersatz aufgrund eines Unfalls **KFO** 60% / 60% für die zahnärztlichen bzw. kieferorthopädischen und zahntechnischen Leistungen 100% / 100% für die zahntechnischen Leistungen bei der Versorgung aufgrund eines Unfalls		**100 %** Zahnbehandlung mit begrenzter Selbstbeteiligung (bis max. 450 EUR SB p.a. erfolgt die Erstattung für Bereiche Ambulant, Stationär und Zahnbehandlung zu 70 %, darüber hinaus zu 100 %) **70 %** Zahnersatz und KFO	**100 %** Zahnbehandlung und KFO **80 %** Zahnersatz	**Tarif ZA 100** **100 %** Zahnbehandlung und KFO **80 %** Zahnersatz **Tarif ZA 90** **90 %** Zahnbehandlung und KFO **60 %** Zahnersatz **Tarif ZA 80** **80 %** Zahnbehandlung und KFO **80 %** Zahnersatz
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		Für die erstattungsfähigen Aufwendungen gelten folgende Höchstsätze: Zahnbehandlung: keine Zahnersatz: 1.550 EUR in den ersten 2 KJ zusammen 3.100 EUR im 3. und 4. KJ zusammen KFO: 780 EUR in den ersten 2 KJ zusammen 1.550 EUR im 3. und 4. KJ zusammen	Für die erstattungsfähigen Aufwendungen gelten folgende Höchstsätze: 3.100 EUR in den ersten drei KJ 7.700 EUR in den ersten fünf KJ 15.400 EUR in den ersten sieben KJ	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		Zahnersatz: ab dem 5. KJ bis zu 6.200 EUR innerhalb von 2 KJ, KFO: ab dem 5 KJ bis zu 3.100 EUR innerhalb von 2 KJ	Ab dem 8. Jahr für jeweils 3 KJ zusammen bis 15.400 EUR	**Keine Begrenzung durch Leistungshöchstsätze**
Material- und Laborkosten: Kosten für Zahntechnik	Keine Begrenzung auf gesetzliche Kassensätze; auch besonders gesundheitsverträgliche Materialien		Bis Höchstpreis der gesetzlichen Kassensätze	Keine Begrenzung auf gesetzliche Kassensätze; auch besonders gesundheitsverträgliche Materialien	
Honorarhöhe Erstattung von Zahnarzthonoraren	Bis zum Höchstsatz der GOZ❷ bzw. GOÄ❶		Bis zum Regelhöchstsatz der GOZ❷ bzw. GOÄ❶	Bis zum Höchstsatz der GOZ❷ bzw. GOÄ❶. Bei bestimmten Implantaterneuerungen und Weisheitszahnoperationen **sogar bis zum 5fachen Satz der Gebührenordnung**	Bei med. Notwendigkeit **auch über den Höchstsatz** der GOZ❷ bzw. GOÄ❶ hinaus

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

Stationäre Behandlungen

	intro |Privat®		FUNKTIONAL	ECONOMY	CLASSIC		
	Preisgünstiger Einstieg mit Top-Optionsrechten		Spezialtarif für die Familienphase	Für Preisbewusste mit hohem Anspruch	Für Anspruchsvolle mit Wunsch nach variabler Selbstbeteiligung		
	intro |Privat® 300 Selbstbeteiligung von 300 EUR p. a.	**intro |Privat® 600** Selbstbeteiligung von 600 EUR p. a.	**VF** 30 %, max. 450 EUR p. a. SB	**VE 1300 G/H, VE 2000 G/H** 1.300 - 2.000 EUR p. a. SB (Halbierung für Kinder und Senioren möglich) ***VE 900 K:*** *Leistungsbesonderheiten im ambulanten Bereich siehe Folgeseiten*	0 – 1.360 EUR p. a. SB im ambulanten Bereich ***A 360 K:*** *Leistungsbesonderheiten im ambulanten Bereich siehe Folgeseiten*		
Krankenhauswahlrecht unter privaten und öffentlichen Krankenhäusern	Freie Wahl unter allen Krankenhäusern, die für gesetzlich Versicherte offen stehen		**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	**iP 300** Nein	**iP 600** Ja	Ja, bis zu den Höchstsätzen der GOÄ❶	Ja, wenn medizinisch notwendig auch über die Höchstsätze der GOÄ ❶ hinaus; „Kapazitäten-Operationen“ werden auch ohne weitere Prüfung der medizinischen Notwendigkeit bis zum 5fachen Satz der Gebührenordnung anerkannt.	ST1/100 Ja, wenn medizinisch notwendig auch über die Höchstsätze der GOÄ❶ hinaus	ST2/100	ST3/100 Nein
Einbettzimmer	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein
Zweibettzimmer	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	ja	Nein
Ausgleichskrankenhaustagegeld - gemäß den jeweiligen Tarifbedingungen -	**iP 300**: ja, bei Verzicht auf Kostenerstattung **iP 600**: ja, bei Verzicht auf 2-Bettzimmer und Chefarzt oder Verzicht auf Kostenerstattung		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	Je nach Tarifstufe vorgesehen für Verzicht auf Unterbringung, bei Verzicht auf Chefarzt oder bei Verzicht auf Kostenerstattung		

Allgemeine Bestimmungen

	intro |Privat®		FUNKTIONAL	ECONOMY	CLASSIC
	Preisgünstiger Einstieg mit Top-Optionsrechten		Spezialtarif für die Familienphase	Für Preisbewusste mit hohem Anspruch	Für Anspruchsvolle mit Wunsch nach variabler Selbstbeteiligung
	intro |Privat® 300 Selbstbeteiligung von 300 EUR p. a.	**intro |Privat® 600** Selbstbeteiligung von 600 EUR p. a.	**VF** 30 %, max. 450 EUR p. a. SB	**VE 1300 G/H, VE 2000 G/H** 1.300 - 2.000 EUR p. a. SB (Halbierung für Kinder und Senioren möglich) ***VE 900 K:*** *Leistungsbesonderheiten im ambulanten Bereich siehe Folgeseiten*	0 – 1.360 EUR p. a. SB im ambulanten Bereich ***A 360 K:*** *Leistungsbesonderheiten im ambulanten Bereich siehe Folgeseiten*
Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit in einem Kalenderjahr	Umfang und Höhe ist abhängig von den erzielten Überschüssen und wird jährlich neu festgelegt		Garantierte Rückerstattung bis 307 EUR; Zusätzlich eine von erzielten Überschüssen abhängige Beitragsrückerstattung	Umfang und Höhe ist abhängig von den erzielten Überschüssen und wird jährlich neu festgelegt	
Beitragsfreiheit nach Entbindung	Für den nicht erwerbstätigen Elternteil bis zu 6 Monate			Nicht möglich	
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 RD 2003 versicherbar		Über Tarif RD 2003 versicherbar	mitversichert	Über Tarif RD 2003 versicherbar
Besonderheiten im Tarif intro |Privat® Die Aufwendungen für ärztliche Heilbehandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland 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.					
Selbstbeteiligung (SB) pro Kalenderjahr Frei wählbar und jederzeit ohne Gesundheitsprüfung änderbar	**intro |Privat® 300:** 300 EUR für alle Leistungsbereiche (im ambulanten, stationären und zahnärztlichen Bereich) **intro |Privat® 600:** 600 EUR für alle Leistungsbereiche (im ambulanten, stationären und zahnärztlichen Bereich)		30 %, jedoch maximal 450 EUR p.a. (im ambulanten, stationären und zahnärztlichen Bereich)	**Tarif VE 1300 H / VE 2000 H:** 1.300 EUR / 2.000 EUR p.a. (1/2 SB bis 15 Jahre bzw. ab 65 Jahre) **Tarif: VE 1300 G / VE 2000 G:** 1.300 EUR / 2.000 EUR p.a.	Für ambulante Behandlungen: **Tarif A 100** keine SB **Tarif A 155** 155 EUR p.a. **Tarif A 310** 310 EUR p.a. **Tarif A 620** 620 EUR p.a. **Tarif A 1360** 1.360 EUR p.a. **Tarif A 80** 20 %, jedoch max. 500 EUR p.a.
Serviceleistungen	uniVersa mediLine, 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?....).				
GKV-WSG-Konform	Es werden bereits heute alle ab dem 01.01.2009 zur Erfüllung der Versicherungspflicht erforderlichen Qualitätsmerkmale erfüllt.				

Allgemeine Bestimmungen

Spezialtarife für Kostenbewusste: Tarifstufen A 360 K und VE 900 K		
Für die Tarifstufen A 360 K und VE 900 K gelten die folgenden Leistungsbesonderheiten. Alle weiteren Leistungen entsprechen dem Leistungskatalog der Produktlinien CLASSIC bzw. ECONOMY		
Arzt freie Wahl unter den niedergelassenen und approbierten Ärzten	Ja, einschließlich Ärzte ohne Kassenzulassung, die nur privat behandeln. Bei Einhaltung des Prinzips **„Erstbehandlung durch Ärzte der Hausarzt-Kategorie“** werden Arztrechnungen **zu 100 %** erstattet, bei Erstbehandlung durch Fachärzte sowie bei Heilbehandlung im europäischen oder außereuropäischen Ausland **zu 80 %**.	
Hausarzt-Kategorie Dazu zählen	Hausärzte im eigentlichen Sinne: Fachärzte für Allgemeinmedizin, sofern sie keine weitere Facharztbezeichnung führen, praktische Ärzte ohne Facharztbezeichnung Fachärzte, die den Hausärzten gleichgestellt sind: Augenärzte, Frauenärzte, Kinderärzte ohne Schwerpunktbezeichnung Notärzte, Bereitschaftsärzte	
Heilpraktiker	Heilpraktikerleistungen sind **zu 80 %** erstattungsfähig.	
Psychotherapie	Aufwendungen für ambulante Psychotherapie sind **zu 80 %** erstattungsfähig.	
Arznei- und Verbandmittel nach Verordnung	Aufwendungen für Arzneimittel, die in bestimmten Versandapotheken bezogen werden sind **zu 100 %** erstattungsfähig; Ansonsten sind Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel bis zu einer Höhe von **2.000 EUR je Person und KJ zu 80 %** erstattungsfähig. Darüber hinausgehende Aufwendungen werden **zu 100 %** erstattet.	
Heilmittel	Die Erstattung von Heilmitteln erfolgt **zu 100 %** bis zu einer Höhe von insgesamt **360 EUR je Person und KJ zu 80 %** für darüber hinausgehende Aufwendungen.	
Hilfsmittel	**Kleinere Hilfsmittel** sind **zu 100 %** erstattungsfähig. **Größere Hilfsmittel** bis zu 180 € sind **zu 100 %** erstattungsfähig. Aufwendungen für Hilfsmittel, die mehr als 180 EUR kosten sind bei kostenbewusstem Verhalten (z.B. durch Preisvergleiche, Miete statt Kauf, Bezug über Vertragspartner der uniVersa) **zu 100 %** erstattungsfähig, ansonsten erfolgt die Erstattung zu 80 %.	
Sehhilfen	**A 360 K:** Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen, Aufwendungen für Refraktionsbestimmungen durch Augenoptiker und Maßnahmen der refraktiven Chirurgie sind bis zu insgesamt **360 EUR** innerhalb von 2 Kalenderjahren erstattungsfähig.	**VE 900 K:** Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen, Aufwendungen für Refraktionsbestimmungen durch Augenoptiker und Maßnahmen der refraktiven Chirurgie sind bis zu insgesamt **310 EUR** innerhalb von 2 Kalenderjahren erstattungsfähig.
Selbstbeteiligung (SB) pro Kalenderjahr	**A 360 K:** 360 EUR p.a. für ambulante Behandlungen	**VE 900 K:** 900 EUR p.a

Die Höherversicherungsoptionen im Tarif intro|Privat® *Ein Wechsel über die tariflich verankerten Optionsrechte ist generell in alle drei Produktlinien Classic, Economy und Funktional 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, gilt folgendes Recht		
3. VJ	nach Vollendung des 50. Lebensjahres	Nachversicherung der Tarife KSKT oder PT (max. 60 EUR) 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	

❶ 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
❷ GOZ = Gebührenordnung für Zahnärzte	
Höchstsatz:	3,5fach für persönliche Leistungen
Regelhöchstsatz:	2,3fach für persönliche Leistungen

Tarif RD 2003 - zur Kostenerstattung bei Krankheit im Ausland
Der Tarif RD 2003 bietet weltweiten Versicherungsschutz für akut eingetretene Krankheiten und Unfälle bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten bis zu 2 Monate pro Auslandsreise. Versicherungsschutz besteht bei Urlaubsreisen und bei berufsbedingten Auslandsaufenthalten.
Der Tarif RD 2003 sollte bei Beantragung der Tarife ST, VF und introlPrivat® für Erstattung eines medizinisch notwendigen Krankenrücktransportes aus dem Ausland mitversichert werden.
Im Hinblick auf eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit in den Tarifen A, VE, VF oder introlPrivat® empfehlen wir anfallende Behandlungskosten im Ausland über die Auslandsreisekrankenversicherung abzurechnen.

Die ideale Ergänzung zu Ihrer Krankheitskostenvollversicherung

– die vielseitigen Tagegeldtarife der uniVersa –

Krankentagegeldtarife zur Absicherung des Verdienstausfalls bei Krankheit

Krankentagegeldtarife KT und KTF

- **Tarifstufen für Selbstständige:**
  KT 4, KT 8, KT 15, KT 22, KT 29
  Leistungen jeweils ab dem 4./ 8./ 15./ 22. oder 29. Tag der Arbeitsunfähigkeit
- **Tarifstufen für Selbstständige und Angestellte:**
  KT 43, KT 92, KT 183
  Leistungen jeweils ab dem 43./ 92. oder 183. Tag der Arbeitsunfähigkeit
- **Tarifstufen für selbstständige Freiberufler*:**
  KTF 8, KTF 15, KTF 22, KTF 29
  Leistungen jeweils ab dem 8./ 15./ 22. oder 29. Tag der Arbeitsunfähigkeit

* Versicherbar sind: Apotheker, Vermessungsingenieure, Notare, Architekten, Ingenieure, beratende Betriebswirte, Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer (Bücherrevisoren), Rechtsanwälte, Handelschemiker, Heilpraktiker, beratende Volkswirte, Patentanwälte und Journalisten

Die Highlights der Tarife KT und KTF

- Zeitlich unbegrenzte Leistungsdauer
- Dynamische Leistungsanpassung ohne Risikoprüfung und Wartezeiten alle zwei Jahre
- 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

Die ideale Ergänzung zu Ihrer Krankheitskostenvollversicherung

– die vielseitigen Tagegeldtarife der uniVersa –

Krankenhaus- und Kurtagegeld zur angenehmeren Gestaltung des Aufenthaltes

Tarif 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)

Die Highlights des Tarifs KSKT

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

Tarif 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

Besonderheit im Tarif KU

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

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

Die ideale Ergänzung zu Ihrer Krankheitskostenvollversicherung

– die vielseitigen Tagegeldtarife der uniVersa –

Pflegetagegeld für Ihre Absicherung im Pflegefall

Pflegetagegeldtarife PT-Komfort und PT-Premium

- **Tagegeld bei Pflegebedürftigkeit**
  - **in den Pflegegraden 4 und 5:** PT-Komfort
  - **in allen Pflegegraden (1-5):** PT-Premium
- Leistungen bei häuslicher, teil- und vollstationärer Pflege

Die Highlights der Tarife PT-Komfort und PT-Premium

- Doppelte Leistung bei Pflegebedürftigkeit aufgrund eines Unfalls oder wenn minderjährige Kinder versorgt werden müssen
- 10facher Tagessatz bei erstmaliger Feststellung der Pflegebedürftigkeit und danach alle zwei Jahre
- Beitragsfreiheit bei Pflegebedürftigkeit in den Pflegegraden 4 und 5
- Werterhalt durch Dynamik – auch im Leistungsfall
- Geltungsbereich in ganz Europa
- Auszahlung im Voraus und ohne Kostennachweis

uniVersa
Krankenversicherung a.G.



Sulzbacher Straße 1-7
90489 Nürnberg

+49 911 5307-0

info@uniVersa.de
www.uniVersa.de

075-019_druckoptimiert 11.2026