

Produktinformationsblatt (§ 4 VVG - InfoV)

Mit den nachfolgenden Informationen möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über die Ihnen angebotene Versicherung geben. Diese Informationen sind jedoch nicht abschließend. Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und den beigefügten Versicherungsbedingungen. Bitte lesen Sie daher sorgfältig die gesamten Vertragsbestimmungen.

1. Welche Art der Versicherung bieten wir Ihnen an?

Der angebotene Vertrag ist eine private Zahnzusatzversicherung. Voraussetzung ist die Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung. Grundlage sind die gesondert vorliegenden *Allgemeinen Versicherungsbedingungen*, die *Tarifbedingungen* sowie alle weiteren im Antrag genannten *Besonderen Bedingungen* und *Vereinbarungen*.

2. Welche Leistungen erbringen wir?

Die maßgeblichen Festlegungen des von Ihnen gewünschten Tarifs finden Sie in den *Allgemeinen Versicherungsbedingungen*.

Um Ihnen einen schnellen Überblick zu ermöglichen, haben wir die Leistungen dieses Tarifs in einer kurzen Übersicht zusammengestellt:

Tarif ZahnPlus

- **Zahnersatz**
Erstattet werden Leistungen in gleicher Höhe wie die von der gesetzlichen Krankenversicherung erstatteten, befundbezogenen Festzuschüsse für zahnprothetische Regelversorgungen mit Zahnersatz. Zu berücksichtigen sind die in den Tarifbedingungen unter § 4 (10) genannten Begrenzungen in den ersten 36 Monaten. Danach gilt ein Höchstbetrag von 5.000 € pro Kalenderjahr (höchstens 100% des Rechnungsbetrages).
- **Professionelle Zahnreinigung**
Sofern kein Anspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung besteht, erstatten wir einmal im Kalenderjahr maximal 50 € für eine durchgeführte medizinische Zahnprophylaxe (höchstens 100% des Rechnungsbetrages).
- **Brille**
Brillengestelle, Brillengläser und Kontaktlinsen erstatten wir in Höhe bis maximal 200 € innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren (höchstens 100% des Rechnungsbetrages).
- **Ambulante Vorsorgeuntersuchungen**
Die Erstattung für ambulante Vorsorgeuntersuchungen beschränkt sich auf 500 € / Kalenderjahr. Eine ausführliche Aufstellung der erstattungsfähigen Maßnahmen finden Sie in den Tarifbedingungen unter § 4 (14).

3. Wie hoch ist Ihr Beitrag und wann müssen Sie ihn bezahlen?

Welche Kosten können zusätzlich entstehen?

Was passiert, wenn Sie Ihren Beitrag nicht oder verspätet bezahlen?

Die Höhe Ihres Beitrags können Sie der Beitragstabelle der beigefügten Tarifbedingungen entnehmen. Ab Versicherungsbeginn ist ein Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter der versicherten Person entspricht. Der Beitrag steigt kontinuierlich laut Staffelung der in der Beitragstabelle genannten Altersgruppen. Die Beiträge sind monatlich im Voraus zu entrichten. Falls Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen, sorgen Sie bitte rechtzeitig für ausreichende Deckung auf Ihrem Konto.

Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt, werden Sie von uns in Textform gemahnt. Außerdem können Kosten und Gebühren von Dritten Ihnen in Rechnung gestellt werden.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema erfahren, sehen Sie bitte dazu in den Tarifbedingungen unter §§ 8 und 8a nach.

4. Welche Leistungen sind ausgeschlossen?

- *Zahnersatz*
Ausgeschlossen sind Leistungen, für die kein Festzuschuss von der gesetzlichen Krankenkasse gezahlt wird.
- *Professionelle Zahnreinigung*
Leistungen die von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden und/oder Aufwendungen deren Rechnungsbetrag 50 €/Kalenderjahr überschreiten.
- *Brille*
Leistungen die von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden und/oder Aufwendungen die 200 € (in zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren) übersteigen.
- *Ambulante Vorsorgeuntersuchungen*
Leistungen die von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden und/oder Rechnungsbeträge für Aufwendungen, die innerhalb eines Kalenderjahres 500 € überschreiten. Maßnahmen, die nicht in den Tarifbedingungen unter § 4 (14) genannt sind.

Es besteht kein Anspruch auf Leistungen sowohl während der tariflichen als auch bei individuell vereinbarten Wartezeiten bzw. Leistungsausschlüssen.

5. Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsabschluss zu beachten und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten nach sich ziehen?

Damit wir Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen können, müssen Sie die Fragen im *Antragsformular* und im Bogen *Gesundheitsangaben* zwingend wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Bei falschen Angaben Ihrerseits können wir unter Umständen - auch noch nach längerer Zeit - vom Vertrag zurücktreten. Das kann zur Folge haben, dass wir keine Versicherungsleistungen erbringen müssen.

6. Welche Pflichten haben Sie während der Vertragslaufzeit?

Endet die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung ist dies unverzüglich mitzuteilen. Änderungen persönlicher Daten (z. B. Name, Anschrift, Bankverbindung) teilen Sie uns bitte unverzüglich mit. Fehlende Informationen können den reibungslosen Vertragsablauf beeinträchtigen und für Sie Kosten verursachen.

7. Welche Pflichten haben Sie bei Eintritt des Versicherungsfalls?

Einzureichen ist die Zahnarztrechnung mit dem genehmigten Heil- und Kostenplan der gesetzlichen Krankenversicherung.

Sie oder die als empfangsberechtigte benannte Person haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht durch uns, erforderlich ist.

Für weitere Informationen lesen Sie bitte in den Tarifbedingungen unter § 9 (7) nach.

8. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheins) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

Hierzu lesen Sie bitte in den AVB unter § 2 weiter nach.

9. Ende des Versicherungsschutzes

Die Zahnzusatzversicherung können Sie in Schriftform zum Ende eines jeden Monats kündigen. Frühestens jedoch zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres.

Die Versicherung endet bei Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung. Hier besteht eine schriftliche Mitteilungspflicht gegenüber der SONO.

Mehr dazu finden Sie in den AVB unter §§ 7 und 13.