



MACHT STARK.

ZAHN-ZUSATZ-
VERSICHERUNG

Herausgeber: ARAG Krankenversicherungs-AG
Prinzregentenplatz 9, 81675 München
Telefon +49 (0) 89 41 24 - 02, Fax +49 (0) 89 41 24 - 25 25
E-Mail service@ARAG.de

Weitere Informationen durch

Assekuranzmakler M. Ebert
Auf dem Rohlemer 30
56567 Neuwied
02631/71081

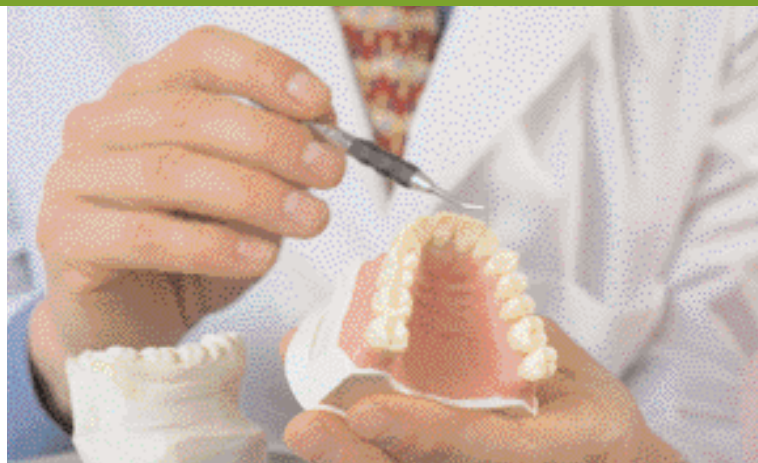
www.ARAG.de

**DentalPro
Tarife, die
Sie lächeln
lassen.**

Für gute Zähne kräftig zuzahlen? Es geht auch anders.

ZAHN-ZUSATZVERSICHERUNG

Als Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung haben Sie beim Zahnersatz nur noch Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse. Selbst bei der kassenärztlichen Grund- oder Regelversorgung müssen Sie zwischen 35 und 50 % der Kosten selbst aufbringen. Bei teuren Implantaten werden Sie sogar noch stärker zur Kasse gebeten. Doch es geht auch anders.



Niedrige Beiträge für effektive Kostenbegrenzung.

Mit ARAG DentalPro Z100 und Z70 können Sie schon mit geringen Monatsbeträgen sicherstellen, dass Sie für Zahnbehandlungen (nur Z100), Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie je nach Tarif entweder gar nichts oder maximal 30 % bezahlen. Diese hohen Erstattungen sind Ihnen auch dann sicher, wenn die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ihre Leistungen weiter kürzt.

ARAG DentalPro		
	ARAG DentalPro Z100	ARAG DentalPro Z70
Mann, 25 Jahre	15,49 Euro	9,37 Euro
Frau, 25 Jahre	21,36 Euro	12,88 Euro
Kinder, 0-15 J.	7,17 Euro	5,75 Euro

Beispielbeiträge, monatlich (Stand: 7.2005)

Beispielrechnungen in Euro

Befund: Einzelzahnücke

Zahnersatzversorgung durch	Brücke (Regelversorgung)	Voll verblendete Brücke (Hochwertige Ausführung)	Implantat
Gesamtkosten	700,00	1000,00	1600,00
Festzuschuss GKV	350,00	350,00	350,00
Ihre Kosten ohne DentalPro Z100	350,00	650,00	1250,00
Ihre Ersparnis mit DentalPro Z100	350,00	450,00	930,00
Ihre Kosten mit DentalPro Z100	0,00	200,00	320,00

Die Leistungen – klipp und klar.

ZAHN-ZUSATZVERSICHERUNG

Schöne Zähne sind wieder bezahlbar.

ARAG DentalPro wurde speziell für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) entwickelt. Die Leistungen beziehen sich auf medizinisch notwendige Maßnahmen durch Ärzte mit Kassenzulassung.

■ Privatärztliche Rechnungen

- sind erstattungsfähig, wenn sie
- auf der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) basieren und
 - Maßnahmen betreffen, die nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung mit der GKV abgerechnet werden können.

■ Versicherungsschutz mit „Anlauf“

Im 1. Jahr stehen Ihnen Leistungen von 500 Euro zur Verfügung (Z70: 400 Euro), im 2. Jahr 1.000 Euro (Z70: 800 Euro), danach und generell bei Unfall gibt es keine Begrenzung.

Maßgebend sind für alle Leistungen neben dem jeweiligen Tarif die Musterbedingungen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung MB/KK 94 und die Tarifbedingungen.

Kostendeckung inklusive Leistungen der GKV

Leistungsart	Leistungsdetails	DentalPro Tarif Z100	DentalPro Tarif Z70
Zahnbehandlung	inklusive professioneller Zahnreinigung, Versiegelung der Kauflächen	100 %	-
Zahnersatz standard (Rechnungen ohne GOZ-Anteile)	Prothesen, Brücken, Kronen etc. – im Rahmen der kassenärztlichen Regelversorgung	100 %	70 %
Zahnersatz extra	Über die Regelversorgung hinausgehende Versorgung, z.B. mit Implantaten, Onlays, vollverblendeten Kronen etc.	80 %	70 %
Inlays	Einlagefüllungen aus Kunststoff, Gold oder Keramik	80 %	70 %
Kieferorthopädie	medizinisch notwendige Behandlungen bei Kindern und Erwachsenen, wenn die GKV keine Leistungen erbringt	80 %	70 %

Wir möchten Ihnen viel ersparen.

ZAHN-ZUSATZVERSICHERUNG

Jetzt aktiv werden.

Schützen Sie sich ab sofort mit geringen Beiträgen vor hohen Selbstkosten im zahnärztlichen Bereich. Der Moment ist günstig. Denn egal, welche Reformen in der gesetzlichen Krankenversicherung folgen, mit ARAG DentalPro Z100 und Z70 sind Ihnen die tariflichen Prozentsätze sicher.

ARAG Rechtsschutz – in jedem Fall Ihr gutes Recht.

In der Zahnmedizin geht bekanntlich nicht immer alles glatt. Sind Sie für den Fall einer rechtlichen Auseinandersetzung gut gerüstet? Durch den ARAG Individual-Rechtsschutz stehen wir mit unserer ganzen Rechtskompetenz und Kapitalkraft an Ihrer Seite. Ganz gleich, ob Sie wegen eines Kunstfehlers rechtliche Schritte unternehmen oder in Angelegenheiten des Familien-, Arbeits- und Wohnrechts.

Mit ARAG DentalPro und ARAG Rechtsschutz haben Sie gut lächeln.



ARAG DentalPro

Zahn-Zusatzversicherung nach den Tarifen Z100/Z70

Neuantrag Änderungsantrag Versicherungs-Nr. _____

Ich beantrage für die nachstehend aufgeführten Personen nach den jeweils bezeichneten Tarifen den Abschluss / die Änderung einer Krankenversicherung bei der ARAG Krankenversicherungs-AG.

Eine Versicherung nach den Tarifen Z100/Z70 ist nur möglich, wenn für die zu versichernde Person keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht und in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung kein Kostenerstattungsprinzip gewählt wurde.

Versicherungsnehmer, Antragsteller	<input type="checkbox"/> Herr Name, Vorname, Titel	Geburtsdatum	Nationalität	<input type="checkbox"/> led.
	<input type="checkbox"/> Frau			<input type="checkbox"/> verh.
	Straße, Haus-Nummer		Adresszusatz	
	PLZ	Wohnort	Telefon	
E-Mail		Fax		

Berufsart Angestellter Selbstständiger Derzeit ausgeübter Beruf und Branche _____

Person 1 Herr Name, Vorname, Titel (wenn nicht zugleich Antragsteller) Geburtsdatum Nationalität led. verh.

Frau

Berufsart Angestellter Selbstständiger Derzeit ausgeübter Beruf und Branche _____

Tarif Z100 Z70 Tarifbeitrag Euro _____ Zuschlag Euro _____

Person 2 Herr Name, Vorname, Titel Geburtsdatum Nationalität led. verh.

Frau

Berufsart Angestellter Selbstständiger Derzeit ausgeübter Beruf und Branche _____

Tarif Z100 Z70 Tarifbeitrag Euro _____ Zuschlag Euro _____

Person 3 Herr Name, Vorname, Titel Geburtsdatum Nationalität led. verh.

Frau

Berufsart Angestellter Selbstständiger Derzeit ausgeübter Beruf und Branche _____

Tarif Z100 Z70 Tarifbeitrag Euro _____ Zuschlag Euro _____

Versicherungsbeginn und Gesamtbeitrag Versicherungsbeginn (zugleich Monat der Beitragsfälligkeit) Datum 0 1 2 0 0 Gesamtbeitragsrate monatlich inkl. evtl. Zuschläge Euro _____

Fragen an die zu versichernden Personen

- Besteht Versicherungsschutz in einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse?

Person 1	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Person 2	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Person 3	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name der Krankenkasse _____					
- a) Werden derzeit Zahnbehandlungen, Zahnersatzmaßnahmen, Behandlungen wegen Zahn- und Kieferregulierung oder Parodontose durchgeführt oder sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt? Wenn ja, ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht – Art.-Nr. A 804 – erforderlich.

Person 1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person 2	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person 3	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
----------	---	----------	---	----------	---
- b) Anzahl der fehlenden, nicht ersetzten Zähne (ohne Weisheitszähne, ein vollständiger Lückenschluss ist nicht als fehlender Zahn anzugeben):

Person 1	<input type="checkbox"/> keine Anzahl _____	Person 2	<input type="checkbox"/> keine Anzahl _____	Person 3	<input type="checkbox"/> keine Anzahl _____
----------	---	----------	---	----------	---

Ab 5 fehlenden Zähnen ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht – Art.-Nr. A 804 – erforderlich.
- c) Bei 1-4 fehlenden Zähnen erkläre ich mich mit einem Beitragszuschlag von 10% je fehlendem Zahn auf die Tarife Z100 und Z70 einverstanden. Diese Vereinbarung gilt nur, wenn die Frage 2 a) mit nein beantwortet wurde.

Person 1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person 2	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person 3	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
----------	---	----------	---	----------	---

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Ziffern auf einem gesonderten, unterschriebenen Blatt als Anlage zum Antrag vorzunehmen und im Antrag auf dieses Beiblatt zu verweisen. Falls der Antragsteller gewisse Angaben dem Vertriebspartner gegenüber nicht machen möchte, so kann er diese gegenüber dem Vorstand ARAG Krankenversicherung unmittelbar schriftlich nachholen. Diese Mitteilung muss innerhalb einer Frist von acht Tagen erfolgen. Beachten Sie auch den Abschnitt „Erklärungen“ der Schlusserklärung auf der Rückseite.

Beitragszahlung

Ich wünsche die **widerrufliche Abbuchung** meiner Beiträge von folgendem Konto Ich wünsche Überweisung

Geldinstitut mit genauer Anschrift	Kontoinhaber, wenn nicht Antragsteller
Bankleitzahl	Konto-Nr. (kein Sparkonto)
Unterschrift des Kontoinhabers, wenn nicht Antragsteller	

Abbuchung zum 01. zum 15. eines Monats

Zahlungsweise

jährlich (4 % Skonto) ½-jährlich (2 % Skonto) ¼-jährlich monatlich

Wichtig für den Antragsteller/ die versicherten Personen

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Personen. Diese Erklärung enthält Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung. Diese sind wichtige Bestandteile des Versicherungsvertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärung zum Inhalt dieses Antrages. Die nachstehenden Unterschriften gelten für alle beantragten Versicherungen. Sie können dem Versicherungsvertrag ab Stellung des Antrages bis zum Ablauf von vierzehn Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen und der übrigen Verbraucherinformation in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widersprechen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs.

Ich bin damit einverstanden, dass bei Zahlung durch Bankeinzug nach Annahmeerklärung durch den Versicherer die erste Monatsprämie auch vor Ablauf meiner Widerspruchsfrist eingezogen werden darf. Sollte der Vertrag nicht zu Stande kommen, werden die Beiträge unverzüglich zurückerstattet.

Unterschriften (Vor- und Zunamen)

Ort, Datum	Antragsteller	mitzuversichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter	Vertriebspartner

Schlussklärung des Antragstellers/der zu versichernden Personen und wichtige Hinweise

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im Allgemeinen für beide Unternehmen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzweckmäßig.

Der Krankenversicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Eine bedingungsgemäße Kündigung ist frühestens zum Ende des 3. Versicherungsjahres möglich.

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 16 des Versicherungsvertragsgesetzes die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantworten und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden angeben muss. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

Erklärungen

Ich verpflichte mich, ärztliche Behandlungen und alle Veränderungen im Gesundheitszustand der zu versichernden Personen, die bis zur Annahme dieses Antrages eintreten, der ARAG Krankenversicherungs-AG umgehend schriftlich anzuzeigen.

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zu Stande kommt, wenn dem Versicherungsnehmer der Versicherungsschein, die Versicherungsbedingungen und die Verbraucherinformationen – die alle Bestandteil des Vertrages werden – vorliegen und die Widerspruchsfrist abgelaufen ist. Der Vertrag wird rückwirkend zum Zeitpunkt des Zugangs des Versicherungsscheins wirksam.

Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer vor Vertragsschluss Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies bei dem von mir beantragten Vertragsschluss zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie die Beschäftigten in Krankenhäusern und Gesundheitsämtern von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten und behandelt worden bin. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Bei Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge ermächtige ich – soweit Anlass besteht – Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich in Vertragsbeziehungen stehe oder stand, für die Risikoprüfung erforderliche Auskünfte zu erteilen und entbinde sie insofern von der Schweigepflicht.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 5 Jahren nach Antragstellung.

Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer im Fall der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Meldungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit hierzu aufgrund des Antrags und/oder der eingereichten Unterlagen ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der erstellten Liquidation). Zu diesem Zweck befreie ich bereits jetzt, jederzeit widerrufbar, die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgenannten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, auch hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich ebenso auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen. Diese Erklärung gilt auch im Falle meines Todes. Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Einwilligungsklausel

Ich willige ferner ein, dass die Gesellschaft im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und den Verband der Privaten Krankenversicherung zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Gesellschaften des ARAG Konzerns meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vertriebspartner weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Außerdem willige ich ein, dass über mich Wirtschaftsauskünfte eingeholt werden. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vertriebspartner dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass

der/die Vertriebspartner meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

Ergänzende Verbraucherinformation

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die Tarife der privaten Krankenversicherung sind auf Basis der zum Zeitpunkt der Kalkulation bekannten Verhältnisse im Gesundheitswesen berechnet und garantieren – bei unveränderter Kostensituation – auch bei zunehmendem Alter konstante Beiträge. In der Vergangenheit hat jedoch die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen immer wieder zu Beitragssteigerungen geführt, die auch zukünftig nicht ausgeschlossen werden können. Das Ausmaß wird dabei u. a. vom Stand der Forschung und Entwicklung im medizinischen Bereich, aber auch von der allgemeinen Lohnentwicklung sowie von der durchschnittlichen Lebenserwartung abhängen und kann heute noch nicht sicher prognostiziert oder kalkulatorisch berücksichtigt werden.

Durch das Zusammenwirken mehrerer der oben beschriebenen Faktoren können die erforderlichen Beitragssteigerungen, die zur Erfüllung der tariflichen Leistungszusage auf das jeweils erreichte Alter bezogen werden müssen, speziell für ältere Versicherte auch deutlich über der allgemeinen Kostenentwicklung liegen.

Um eine mögliche Belastung im Alter zu begrenzen, wurden daher auch von uns bereits Vorkehrungen getroffen: Mit zusätzlichen Rückstellungen aus Überschüssen werden Anwartschaften auf Beitragsermäßigungen im Alter finanziert. Gegebenenfalls können Sie auch durch den Wechsel in eventuell leistungsschwächere Tarife den Beitrag reduzieren.

Falls Sie Bedenken haben, ob wir Ihnen Versicherungsschutz bieten können, empfiehlt es sich, bis zur Annahme Ihres Antrags die bisherige Versicherung vorläufig fortzusetzen.

Bitte fragen Sie uns bei Unklarheiten oder Verständnisfragen zu Ihrer Versicherung. Wir helfen Ihnen gerne weiter. Sollte es dennoch einmal Grund zur Beschwerde geben, können Sie sich auch an folgende Stellen wenden:

- Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung, Leipziger Straße 104, 10117 Berlin, Telefon (0 180) 25 50 444 (0,06 Euro je Gespräch), E-Mail info@pkv-ombudsmann.de
- Unser Unternehmen ist Mitglied in diesem Verband. Sie können daher das kostenlose und außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne die Verfahrensordnung zu.
- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn

Um einer möglichen Beitragsbelastung im Alter vorzubeugen, können Sie zusätzlich auch selbst Vorsorge treffen: In jungen Jahren ermöglichen bereits geringe Sparbeiträge eine beachtliche Kapitalreserve für das Alter. Wir bieten Ihnen z. B. die Möglichkeit, in Form einer Kapitallebens- oder Rentenversicherung bei der ARAG Lebensversicherungs-AG individuell vorzusorgen.

Versicherungsträger
ARAG Krankenversicherungs-AG,
Prinzregentenplatz 9, 81675 München
Telefon +49 (0) 89 41 24-02, Fax +49 (0) 89 41 24-25 25
E-Mail service@ARAG.de
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Paul-Otto Faßbender
Vorstand: Wolfgang Brunner, Johannes Kreutz, Werner Nicoll
Sitz und Registergericht: München, HRB 69751
Dresdner Bank AG München (BLZ 700 800 00) 5 644 604 00
Postbank München (BLZ 700 100 80) 101 10-800

Weitere Informationen durch

Assekuranzmakler M. Ebert
Auf dem Rohlemer 30
56567 Neuwied/Irlich
Tel. 02631/71081
Fax 02631/73080
e-mail: assekuranz-ebert@vm-e.de

www.ARAG.de