

LEISTUNGSÜBERSICHT TARIF 1PLUS

Allgemein

| | |
|--|---|
| Bildung von Alterungsrückstellungen | <div style="text-align: right;"></div> <p>Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet, Tarif nach Art der Sachversicherung.</p> <p>0 - 20 Jahre: 8,43 Euro 21 - 30 Jahre: 12,94 Euro 31 - 40 Jahre: 17,39 Euro 41 - 50 Jahre: 21,55 Euro 51 - 60 Jahre: 27,10 Euro ab 61 Jahre: 30,64 Euro</p> |
| <p>Erläuterung zu Bildung von Alterungsrückstellungen: Bildet ein Vertrag Alterungsrückstellungen, legt die Versicherung von dem gezahlten Beitrag immer einen kleinen Teil als Sparbeitrag zurück. Mit diesem Sparstrumpf soll die Preissteigerung durch steigendes Alter und damit höherem Risiko ausgeglichen werden. Theoretisch zahlt der Versicherte, also während der gesamten Vertragslaufzeit den gleichen Beitrag.</p> | |
| keine Wartezeiten | <div style="text-align: right;"></div> |
| <p>Erläuterung zu keine Wartezeiten: Die Wartezeit ist eine tariflich festgelegte Frist, während der die versicherte Person trotz bestehendem Versicherungsschutz noch keine Ansprüche geltend machen kann. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate ab Versicherungsbeginn. Es gibt besondere Wartezeiten für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie, diese erstrecken sich sogar über acht Monate. Bei einem Unfall entfallen die Wartezeiten.</p> | |
| Verkürzung der Wartezeiten | <div style="text-align: right;"></div> <p>keine Wartezeiten</p> |
| <p>Erläuterung zu Verkürzung der Wartezeiten: Wartezeiten können in den besonderen Bedingungen eines Versicherers verkürzt werden, wodurch sie von Versicherer zu Versicherer stark variieren können.</p> | |
| Erstattung ohne GKV-Vorleistung? | <div style="text-align: right;"></div> <p>Volle Tarifleistung, auch wenn die GKV nicht vorleistet.</p> |
| <p>Erläuterung zu Erstattung ohne GKV-Vorleistung?: Zahnzusatztarife sind grundsätzlich als Ergänzung zur gesetzlichen Absicherung gedacht. Deshalb verlangen viele Tarife eine Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Beachten Sie bitte, dass es ohne Vorleistung der GKV zu einer pauschalen Kürzung kommen kann.</p> | |
| Erstattung auch bei Zahnärzten ohne Kassenzulassung (Privatärzten) | <div style="text-align: right;"></div> <p>25% Abzug bei privat Zahnärztlicher Behandlung (gilt nicht für Implantate, Prophylaxe und Bleaching).</p> |
| <p>Erläuterung zu Erstattung auch bei Zahnärzten ohne Kassenzulassung (Privatärzten): Als Patient eines Privatärztes müssen Sie privatversichert sein oder aber die Behandlung selbst bezahlen. Privatärzte sind nämlich keine sogenannten „Vertragsärzte“ (früher: Kassenärzte): Sie haben keine Zulassung für die Behandlung gesetzlich versicherter Patienten. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt deshalb die Kosten für eine Behandlung durch den Privatarzt nur, wenn es sich um einen Notfall gehandelt hat.</p> | |
| Zahnstaffel | <p>1.000 Euro im 1. Kalenderjahr 1.500 Euro im 1. und 2. Kalenderjahr 2.000 Euro im 1. bis 3. Kalenderjahr ab dem 4. Kalenderjahr unbegrenzt.</p> <p>Allianz-Garantie: Das besondere Angebot für Versicherte mit einer Zahnzusatzversicherung. Hiermit garantieren wir, dass wir bei einem Wechsel aus einer Zahnzusatzversicherung bei der Allianz Privaten Krankenversicherungs-AG in die Tarife "MeinGesundheitsschutz Zahn" die Vorversicherungszeit auf den Zeitraum mit Erstattungshöchstbeträgen anrechnen. - weitere Informationen entnehmen Sie den Unterlagen</p> |
| <p>Erläuterung zu Zahnstaffel: Zahnzusatztarife leisten meist nicht sofort in voller Höhe, die Leistungen sind entweder dauerhaft oder in den ersten Jahren begrenzt. Da Zahnzusatztarife häufig für mehrere Bereiche (Zahnersatz, Zahnerhalt, Kieferorthopädie, Prophylaxe) leisten, gelten oft auch die Summenbegrenzungen für die einzelnen Bereiche gesondert. Diese entfallen in der Regel, wenn die Kosten nachweislich auf einen eingetretenen Unfall nach Versicherungsbeginn zurückzuführen sind. Bitte achten Sie darauf, ob es sich um ein Kalenderjahr (das erste Jahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt und endet am 31.12. des dort angegebenen Jahres) oder Versicherungsjahr handelt.</p> | |
| Verzicht auf eine Begrenzung auf ortsübliche bzw. angemessene Preise und ein Preis-/ Leistungsverzeichnis | <div style="text-align: right;"></div> |

Erläuterung zu Verzicht auf eine Begrenzung auf ortsübliche bzw. angemessene Preise und ein Preis-/ Leistungsverzeichnis :
 Einige Tarife haben zusätzlichen Preisverzeichnisse; Hilfs- & Heilmittel sowie Material- & Laborkosten werden dabei nur gemäß einer beiliegenden Liste erstattet.
 Andere Tarife haben in den Bedingungen festgeschrieben, dass sie nur angemessene oder ortsübliche Preise bezahlen.

| Zahnersatz | |
|--|--|
| Übernahme von Leistungen für Zahnersatz |  |
| vollständige Erstattung (gilt für die nachfolgenden Leistungspunkte im Bereich Zahnersatz) |  |
| | 75% inklusive Vorleistung der GKV 100% nach Vorleistung der GKV bei Regelversorgung |
| Erläuterung zu vollständige Erstattung (gilt für die nachfolgenden Leistungspunkte im Bereich Zahnersatz): Diese Erstattung bezieht sich auf die nachfolgenden Leistungspunkte. Sofern die GKV keine Vorleistung erbringt, beachten Sie bitte den obenstehenden Leistungspunkt "Erstattung ohne GKV-Vorleistung". | |
| Erstattung über den 3,5-fachen Höchstsatz der GOZ |  |
| Erläuterung zu Erstattung über den 3,5-fachen Höchstsatz der GOZ: Unter dem Höchstsatz in der GOZ wird allgemein der 3,5-fache Satz für Zahnarztthonorare, der 2,5-fache für technische Leistungen und 1,3-fache Satz für Laborleistungen verstanden. | |
| Erstattung für Implantate |  |
| Erläuterung zu Erstattung für Implantate : Ein Implantat kann man sich als künstliche Zahnwurzel vorstellen. In einem kleinen operativen Eingriff bringt der Zahnarzt eine Art Schraube direkt in den Kieferknochen ein, die dort fest verankert wird und mit der Zeit in den Knochen einwächst. Damit bietet ein Implantat ideale Bedingungen für hohe Stabilität und lange Haltbarkeit | |
| Erstattung für Inlays |  |
| Erläuterung zu Erstattung für Inlays: Hochwertige Füllungen werde In- oder Onlay genannt. Diese werden in einem zahntechnischen Labor gefertigt und sind somit genauer an die Zahnschubstanz angepasst als Standardfüllungen. Mit dieser Zahnfüllung werden unter anderem die Folgen von Karies behandelt. Die angewandten Materialien können Amalgam, Gold oder aus Keramik sein. Auch sind Titan oder Kunststoff mittlere Optionen. | |
| Keramikblendschalen/Veneers |  |
| Erläuterung zu Keramikblendschalen/Veneers: Veneers sind hauchdünne Keramikschalen, die überwiegend in der Oberkieferfront zum Einsatz kommen. Mit ihnen werden Fehlstellungen der Zähne ausgeglichen sowie Form- und Farbänderungen vorgenommen. | |
| Knochenaufbau |  |
| | im Rahmen der Implantatversorgung |
| Erläuterung zu Knochenaufbau: Damit ein Implantat im Kiefer fest einwachsen kann, muss vorher sichergestellt werden, ob genügend Kieferknochensubstanz vorhanden ist. Sowohl in der Breite als auch in der Höhe. Ansonsten besteht das Risiko, dass das eingesetzte Implantat keinen Halt hat und herausfällt. Beim Knochenaufbau wird das Zahnfleisch angehoben und die Substanz für den Aufbau eingebracht. Die Heilung dauert mehrere Monate. | |
| Verzicht auf die Vorlage eines Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn |  |
| | wird empfohlen |
| Erläuterung zu Verzicht auf die Vorlage eines Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn : Der Heil- und Kostenplan wird von Ihrem Zahnarzt erstellt, wenn Sie Zahnersatz benötigen. Ihr Zahnarzt dokumentiert dort den aktuellen Zahnstatus, welche Behandlungen erfolgen sollen und wie hoch die voraussichtlichen Kosten sind. | |
| Erstattung der Material- und Laborkosten |  |

Erläuterung zu Erstattung der Material- und Laborkosten:
 Die Laborkosten sind Kosten für zahntechnische Anfertigungen im Labor, z.B. Kronen. Außerdem gibt es berechenbare Verbrauchsmaterialien in der Zahnarztpraxis (sog. "Materialkosten"), wie z.B. Material für den Zahnabdruck

| | |
|--|---|
| Berechnungsgrundlage | vom Rechnungsbetrag |
| Zahnbehandlung | |
| Übernahme von Leistungen für Zahnbehandlung |  |
| Erstattung über den 3,5-fachen Höchstsatz der GOZ |  |

Erläuterung zu Erstattung über den 3,5-fachen Höchstsatz der GOZ:
 Unter dem Höchstsatz in der GOZ wird allgemein der 3,5-fache Satz für Zahnarztthonorare, der 2,5-fache für technische Leistungen und 1,3-fache Satz für Laborleistungen verstanden.

| | |
|--|---|
| vollständige Erstattung für Zahnbehandlungs-Leistungen (gilt für die nachfolgenden Leistungspunkte im Bereich Zahnbehandlung) |  |
| | 100% inklusive GKV |

Erläuterung zu vollständige Erstattung für Zahnbehandlungs-Leistungen (gilt für die nachfolgenden Leistungspunkte im Bereich Zahnbehandlung):
 Diese Erstattung bezieht sich auf die nachfolgenden Leistungspunkte. Sofern die GKV keine Vorleistung erbringt, beachten Sie bitte den obenstehenden Leistungspunkt "Erstattung ohne GKV-Vorleistung".

| | |
|--|--|
| vollständige Leistungserbringung für hochwertige Füllungen (keine Inlays) |  |
|--|--|

Erläuterung zu vollständige Leistungserbringung für hochwertige Füllungen (keine Inlays):
 Bei Kunststofffüllungen, die auch Kompositfüllungen genannt werden, handelt es sich um eine zahnfarbene Versorgung von kariösen Defekte an Frontzähnen und im Seitenzahnbereich. Die Füllungen werden in plastischem Zustand in das Zahnloch eingebracht und erhärten durch die chemische Abbindung.

| | |
|-------------------------|---|
| Wurzelbehandlung |  |
|-------------------------|---|

Erläuterung zu Wurzelbehandlung:
 Eine Wurzelbehandlung, auch Wurzelkanalbehandlung, ist eine zahnmedizinische Methode, abgestorbene oder entzündete Zähne von ihrer Entzündung zu befreien und sie dadurch vor der Herausnahme zu bewahren.

| | |
|-----------------------------|---|
| Parodontalbehandlung |  |
|-----------------------------|---|

Erläuterung zu Parodontalbehandlung:
 Als Parodontose wird umgangssprachlich oft die Parodontitis bezeichnet, die eine entzündliche Erkrankung des Zahnhalteapparats ist und die einen Rückgang von Knochen und Zahnfleisch bewirkt. Unbehandelt führt diese früher oder später zunächst zur Lockerung und später zum Verlust der Zähne.

| | |
|-----------------------------|---|
| Fissurenversiegelung |  |
| | im Rahmen der professionellen Zahnreinigung |

Erläuterung zu Fissurenversiegelung:
 Die Fissurenversiegelung ist eine prophylaktische Maßnahme. Fissuren sind kleine Einkerbungen auf der Kaufläche eines Zahnes, welche an den großen Backenzähnen oft besonders ausgeprägt sind. Diese sind in der Tiefe meist so fein, dass sie nur schlecht zu reinigen und daher besonders anfällig für Karies sind. Um einer Karies vorzubeugen, werden die Fissuren versiegelt.

| | |
|-----------------------|---|
| Zahn-Bleaching |  |
| | 100 % der Aufwendungen bis max. 150 Euro innerhalb von 2 Kalenderjahren |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Schmerzstillende Maßnahmen |  |
| | 100% für Zahnbehandlung 75% für Zahnersatz |

Professionelle Zahnreinigung

| | |
|---|--|
| Übernahme von Leistungen für professionelle Zahnreinigung |  |
| Vollständige Erstattung |  100% |
| <i>Erläuterung zu Vollständige Erstattung: Die professionelle Zahnreinigung ist eine Intensivreinigung Ihrer Zähne mit Spezialinstrumenten. Ziel ist es, krank machende und kosmetisch störende Beläge zu entfernen, die das Risiko für Karies und Parodontitis erhöhen. Die sog. PZR ist eine IGeL Leistung.</i> | |
| Keine Wartezeit |  |
| Kieferorthopädie | |
| Übernahme von Leistungen für Kieferorthopädie bei Kindern/Jugendlichen |  |
| Leistungserbringung ohne GKV-Vorleistung (KIG 1-2) - gilt für die nachfolgenden Leistungspunkte im Bereich Kieferorthopädie |  75% der Aufwendungen bis maximal 2.000,00 Euro je Versicherungsfall 50% beim Privatarzt bis maximal 2.000,00 Euro je Versicherungsfall |
| <i>Erläuterung zu Leistungserbringung ohne GKV-Vorleistung (KIG 1-2) - gilt für die nachfolgenden Leistungspunkte im Bereich Kieferorthopädie: Bei KIG 1 und 2 besteht nach Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung nicht die medizinische Notwendigkeit einer Maßnahme und somit auch keine Leistungspflicht. Das bedeutet, die Kosten sind immer vom Patienten zu tragen. Es besteht allerdings die Möglichkeit durch den Abschluss einer privaten Zahnzusatzversicherung diesen Bereich abzuschließen.</i> | |
| Leistungserbringung mit GKV-Vorleistung (KIG 3-5) - gilt für die nachfolgenden Leistungspunkte im Bereich Kieferorthopädie |  75% der Aufwendungen bis maximal 2.000,00 Euro je Versicherungsfall 50% beim Privatarzt bis maximal 2.000,00 Euro je Versicherungsfall |
| <i>Erläuterung zu Leistungserbringung mit GKV-Vorleistung (KIG 3-5) - gilt für die nachfolgenden Leistungspunkte im Bereich Kieferorthopädie: Für diese evtl. auftretenden Mehrkosten besteht ebenfalls die Option, diese durch den Abschluss einer privaten Zahnzusatzversicherung mit kieferorthopädischen Leistungen abzuschließen.</i> | |
| Mini-Brackets |  |
| <i>Erläuterung zu Mini-Brackets: Mini-Brackets bestehen im Normalfall aus Metall. Diese Brackets sind einfach kleiner als „normale“ Brackets. Der Vorteil ist, dass es nicht nur schöner aussieht, sondern dass diese Brackets auch leichter zu reinigen sind. Mini-Brackets werden nicht von allen Zahnzusatztarifen erstattet. Es gibt einige Versicherer, die hier keine medizinische Notwendigkeit erkennen können.</i> | |
| Kunststoff-/Keramik Brackets |  |
| <i>Erläuterung zu Kunststoff-/Keramik Brackets: Brackets sind kleine Halterungen für kieferorthopädische Bogendrähne, die im Zuge einer Behandlung mit einer festen Zahnsperre mit Hilfe eines speziellen Klebers auf dem Zahn befestigt werden.</i> | |
| Unsichtbare Zahnsperre (Invisalign) |  |
| <i>Erläuterung zu Unsichtbare Zahnsperre (Invisalign): Die "unsichtbare Zahnsperre". Dabei werden transparente, herausnehmbare Schienen („Aligner“) gefertigt, die dann getragen werden. Diese herausnehmbaren Schienen sind aufgrund des durchsichtigen Materials auf den Zähnen fast nicht zu sehen</i> | |
| Farblose Bögen |  |
| <i>Erläuterung zu Farblose Bögen: Der Bogen, der einzelne Brackets einer festsetzenden Zahnsperre verbindet kann auch farblos sein. Damit sind Zahnsperren weniger auffällig.</i> | |

| | |
|---|--|
| Lingualtechnik |  |
| <i>Erläuterung zu Lingualtechnik: Die Lingualtechnik ist ein kieferorthopädisches Behandlungsverfahren, bei dem die feste Spange (Lingualspange) auf der Zahnninnenseite angebracht wird.</i> | |
| Festsitzende Retainer |  |
| <i>Erläuterung zu Festsitzende Retainer: Der sogenannte "Retainer" ist eine Nachsorge-Maßnahme und sichert den dauerhaften Erfolg einer kieferorthopädischen Behandlung ab. So handelt es sich bei einem Retainer im Prinzip um einen "Zahn-Stabilisator", der die Zähne in der Position zum Zeitpunkt des erfolgreichen Abschlusses einer KFO-Behandlung hält.</i> | |
| Kieferorthopädische Funktionsanalyse |  |
| Kieferorthopädie bei Erwachsenen (Altersgrenze - sofern vorhanden - beachten) |  - bis zum 21. Geburtstag: 75% der Aufwendungen, 50% beim Privatarzt bis maximal 2.000,00 Euro je Versicherungsfall. - ab dem 21. Geburtstag: 75 % nur aufgrund Unfall oder schwerer Erkrankung, sofern kombiniert kieferorthopädisch / kieferchirurgisch behandelt wird |
| Besonderheiten | |
| Gibt es Besonderheiten? | Innovationsgarantie: neue innovative und medizinisch notwendige Behandlungsmethoden schon jetzt direkt mitversichert! Kostenlose Gesundheitsservices. |
| Annahmerichtlinien | |
| unbegrenzte Anzahl von fehlenden Zähnen |  bis zu 3 fehlenden Zähnen |
| kein Zuschlag pro fehlendem Zahn |  25% Zuschlag pro fehlendem Zahn |
| Mitversicherung der fehlenden Zähne bei Annahme (Voraussetzung s.o. Leistungspunkt) |  |
| keine Gesundheitsfragen (sofern grüner Haken) |  1. Sind Sie aktuell wegen eines folgenden Befunds in zahnärztlicher oder kieferorthopädischer Behandlung bzw. ist dies angeraten oder beabsichtigt? • Aufbaufüllung oder Stiftaufbau zur Aufnahme einer Krone, Brücke oder Prothese • (Provisorische) Krone, Brücke, Inlay, Prothese, Implantat • Knochenaufbau (Augmentation / Sinuslift) • Inlay (alle Arten) • Kieferorthopädie • Parodontose, Parodontosebehandlung, Parodontitis, Parodontitisbehandlung • Schleimhauttransplantation • Prothese (alle Arten) • Schienentherapie (Aufbiss- und Knirscherschiene), Gnathologie, CMD • Wurzelbehandlung • Entfernung eines Zahnes 2. Ab 14 Jahren: Fehlen Ihnen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (nicht Weisheitszähne / Lückenschluss)? |

Legende:  = versichert (im Rahmen der Bedingungen)  = eingeschränkt versichert  = nicht versichert

Dieses Druckstück dient nur der vorläufigen Information und ist eine unverbindliche Übersicht und Orientierungshilfe.

Wir als Versicherungsmakler übernehmen keine Gewähr für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität der berücksichtigten Tarif-, Beitrags- und Leistungsdaten und allgemeinen Hinweisen.

Kosten, Umfang sowie Leistungen des Versicherungsschutzes ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den besonderen Bestimmungen der Tarife, der Versicherungspolice sowie weiteren schriftlichen Vereinbarungen.

Dieser Leistungsvergleich wurde am 31.07.2025 erstellt.

Zahnzusatzversicherung

Erläuterungen zu den Leistungspunkten

Wir wollen, dass Sie verstehen, was Ihnen ein Tarif bieten kann. Denn viele Begriffe aus der Versicherungswelt können für einen Kunden verwirrend sein und zu Missverständnissen führen. Auf den nachstehenden Seiten beschreiben wir daher die einzelnen Leistungspunkte rund um die Zahnzusatzversicherung etwas anschaulicher. Wenn trotzdem noch Fragen offen bleiben sollten, zögern Sie bitte nicht, uns zu kontaktieren. Wir sind als Ihr Ansprechpartner für alle Bereiche der Vorsorge sehr gerne für Sie da!



© WaventreeMediatica, Fotolia #73983885

Preis-Leistungs-Verzeichnis

Im Gegensatz zu zahnärztlichen Honoraren, welche in der GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) einheitlich geregelt sind, gibt es für Zahnersatzmaterialien keine Einheitspreise – die Kosten schwanken je nach zahntechnischem Labor teilweise erheblich. Um sich hier abzusichern, arbeiten einige Versicherungsgesellschaften mit festgelegten Preisverzeichnissen, in dem maximal erstattungsfähige Beträge für zahntechnische Laborleistungen und Materialkosten aufgeführt werden.

IGeL-Leistungen

Es gibt medizinische Leistungen, die Sie als Kassenpatient in der Arztpraxis selbst bezahlen müssen. Diese Leistungen heißen Individuelle Gesundheitsleistungen oder kurz IGeL.

Prof. Zahnreinigung (PZR)

Die professionelle Zahnreinigung ist eine Intensivreinigung Ihrer Zähne mit Spezialinstrumenten. Ziel ist es, krank machende und kosmetisch störende Beläge zu entfernen, die das Risiko für Karies und Parodontitis erhöhen. Die sog. PZR ist eine IGeL-Leistung.

Alterungsrückstellungen

Bildet ein Vertrag Alterungsrückstellungen, legt die Versicherung von dem gezahlten Beitrag immer einen kleinen Teil als Sparbeitrag zurück. Mit diesem Sparstrumpf soll die Preissteigerung durch steigendes Alter und damit höherem Risiko ausgeglichen werden. Theoretisch zahlt der Versicherte also während der gesamten Vertragslaufzeit den gleichen Beitrag.

GOZ

Die Gebührenordnung für Zahnärzte bestimmt die Vergütung der zahnärztlichen Leistungen für Versicherte. Darüber hinaus regelt sie die Abrechnungshöhe für den Anteil von Behandlungen, die von den Kassenpatienten selbst übernommen werden müssen.

Höchstsätze GOZ

Unter dem Höchstsatz in der GOZ wird allgemein der 3,5-fache Satz für Zahnarzt Honorare, der 2,5-fache für technische Leistungen und 1,3-fache Satz für Laborleistungen verstanden.

Wartezeiten

Die Wartezeit ist eine tariflich festgelegte Frist, während der die versicherte Person trotz bestehendem Versicherungsschutz noch keine Ansprüche geltend machen kann. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate ab Versicherungsbeginn. Es gibt besondere Wartezeiten für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung und Kieferorthopädie, diese erstrecken sich sogar über acht Monate. Bei einem Unfall entfallen die Wartezeiten. Wartezeiten können in den besonderen Bedingungen eines Versicherers verkürzt werden, wodurch sie von Versicherer zu Versicherer stark variieren können.

Zahnstaffel

Zahnzusatztarife leisten meist nicht sofort in voller Höhe, die Leistungen sind entweder dauerhaft oder in den ersten Jahren begrenzt. Da Zahnzusatztarife häufig für mehrere Bereiche (Zahnersatz, Zahnerhalt, Kieferorthopädie, Prophylaxe) leisten, gelten oft auch die Summenbegrenzungen für die einzelnen Bereiche gesondert. Diese entfallen in der Regel, wenn die Kosten nachweislich auf einen eingetretenen Unfall nach Versicherungsbeginn zurückzuführen sind.

Heil- und Kostenplan

Der Heil- und Kostenplan wird von Ihrem Zahnarzt erstellt, wenn Sie Zahnersatz benötigen. Ihr Zahnarzt dokumentiert dort den aktuellen Zahnstatus, welche Behandlungen erfolgen sollen und wie hoch die voraussichtlichen Kosten sind.

Wurzelbehandlung

Eine Wurzelbehandlung, auch Wurzelkanalbehandlung, ist eine zahnmedizinische Methode, abgestorbene oder entzündete Zähne von ihrer Entzündung zu befreien und sie dadurch vor der Herausnahme zu bewahren.

Parodontalbehandlung

Als Parodontose wird umgangssprachlich oft die Parodontitis bezeichnet, die eine entzündliche Erkrankung des Zahnhalteapparats ist und die einen Rückgang von Knochen und Zahnfleisch bewirkt. Unbehandelt führt diese früher oder später zunächst zur Lockerung und später zum Verlust der Zähne.

Zahnzusatzversicherung

Fissurenversiegelung

Die Fissurenversiegelung ist eine prophylaktische Maßnahme. Fissuren sind kleine Einkerbungen auf der Kaufläche eines Zahnes, welche an den großen Backenzähnen oft besonders ausgeprägt sind. Diese sind in der Tiefe meist so fein, dass sie nur schlecht zu reinigen und daher besonders anfällig für Karies sind. Um einer Karies vorzubeugen, werden die Fissuren versiegelt.

Brackets

Brackets sind kleine Halterungen für kieferorthopädische Bogendrähne, die im Zuge einer Behandlung mit einer festen Zahnspange mit Hilfe eines speziellen Klebers auf dem Zahn befestigt werden.

Invisalign

Die „unsichtbare Zahnspange“. Dabei werden transparente, herausnehmbare Schienen („Aligner“) gefertigt, die dann getragen werden. Diese herausnehmbaren Schienen sind aufgrund des durchsichtigen Materials auf den Zähnen fast nicht zu sehen.

Kieferorthopädische Funktionsanalyse

Gnathologie, auch Funktionsdiagnostik oder Funktionsanalyse genannt, befasst sich mit der Funktion der Kiefer, also der Beziehung von Ober- und Unterkiefer zueinander. Hier können vielfältige Störungen auftreten, die wiederum eine Vielzahl von Beschwerden verursachen können, z. B. schmerzende oder knackende Kiefergelenke. Mittels der Funktionsdiagnostik wird der Ursache der Beschwerden auf den Grund gegangen, um nachfolgend geeignete Therapiemaßnahmen festlegen zu können.

Implantat

Ein Implantat ist eine künstliche Zahnwurzel und dient dem Ersatz fehlender Zähne. Implantate sind eine sehr flexible Art des Zahnersatzes, denn auf ihnen können, je nach vorhandener Situation, sowohl Kronen als auch Brücken oder Prothesen verankert werden. Sie bieten somit die Möglichkeit, einen einzelnen Zahn bis hin zum vollständig zahnlosen Kiefer mit einem Zahnersatz zu versorgen.

Inlay

Ein Inlay, auch Einlagefüllung genannt, ist eine Art einer Zahnfüllung. Sie stellt eine Alternative zu einer herkömmlichen plastischen Zahnfüllung dar. Der Unterschied zwischen plastischen Füllungen und Inlays liegt im Aufwand der Herstellung.

KIG

Die „kieferorthopädische Indikationsgruppe“ (KIG) 1 bis 5 bezeichnet den Schweregrad einer Zahn- oder Kieferfehllstellung, wobei die GKV bei Einstufung in KIG 3 (ausgeprägte Zahnfehllstellungen), KIG 4 (stark ausgeprägte Zahnfehllstellungen) und KIG 5 (extrem stark ausgeprägte Zahnfehllstellungen) leistet, nicht bei KIG 1 (leichte Zahnfehllstellungen) und 2 (Zahnfehllstellungen geringer Ausprägung).

Farblose Bögen

Der Bogen, der einzelne Brackets einer festsitzenden Zahnspange verbindet, kann auch farblos sein. Damit sind Zahnspangen weniger auffällig.

Lingualtechnik

Die Lingualtechnik ist ein kieferorthopädisches Behandlungsverfahren, bei dem die feste Spange (Lingualspange) auf der Zahnninnenseite angebracht wird.

Material- und Laborkosten

Die Laborkosten sind Kosten für zahntechnische Anfertigungen im Labor, z. B. Implantate. Außerdem gibt es berechenbare Verbrauchsmaterialien in der Zahnarztpraxis (sog. „Materialkosten“), wie z. B. Material für den Zahnabdruck.

Festzuschuss

Für in Deutschland gesetzlich Krankenversicherte gibt es bei Behandlungen für Zahnersatz das so genannte befundbezogene Festzuschuss-system. Für jede Maßnahme mit Zahnersatz muss es einen Befund geben, der dann über einen Heil- und Kostenplan der Krankenkasse zu melden ist, sofern eine Behandlung gewünscht wird. Für jeden Befund gibt es einen in einer Liste festgesetzten Zuschuss. Der Patient kann seinen Festzuschuss durch ein regelmäßig geführtes Bonusheft erhöhen. Im Bereich Zahnerhalt, z. B. für Wurzelbehandlungen, gibt es KEINE befundbezogenen Festzuschüsse, sondern ein Punktesystem, wobei jeder Punkt dann einen bestimmten Wert hat.

Pauschaler/fiktiver Abzug bei Privatratz

Eine Zahnzusatzversicherung ist normalerweise als Zusatz zur gesetzlichen Krankenversicherung konzipiert und soll somit die Lücke zwischen der Regelversorgung durch die Krankenkasse und der höherwertigen privatärztlichen Versorgung decken. In der Regel leisten die Zahnzusatz-tarife daher auch nur dann, wenn zustehende Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auch in Anspruch genommen werden. Die meisten reinen Privat Zahnärzte haben aber keine Kassenzulassung, daher nehmen die Versicherer oft eine pauschale Leistungskürzung vor.

Krankheitskostenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: Allianz Private Krankenversicherungs-AG,
Deutschland

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die gewünschte Versicherung. Die Darstellung beschränkt sich auf die aus unserer Sicht wichtigsten Informationen.

Der verbindliche Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Weitere Informationen erhalten Sie in den "Versicherungsinformationen".

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Bei dem vorliegenden Angebot handelt es sich um eine Krankenzusatzversicherung. Mit der Versicherung ersetzen wir medizinisch notwendige Kosten für die Behandlung bei Krankheit oder Unfall-Folgen.



Was ist versichert?

- ✓ Zahnersatz (z.B. Kronen)
- ✓ Inlays
- ✓ Implantologische Leistungen (z.B. Implantate)
- ✓ Zahnbehandlungen (z.B. Füllungen, Parodontalbehandlungen, Wurzelbehandlungen)
- ✓ Zahnprophylaxe
- ✓ Zahnaufhellung (Bleaching)
- ✓ Aufbissbehelfe und Schienen (z.B. Knirscherschienen, DROS Schienen)
- ✓ Kieferorthopädie bis zum 21. Geburtstag bzw. bei Unfall und schwerer Erkrankung
- ✓ Schmerzlindernde Behandlungen



Was ist nicht versichert?

- x Behandlung durch nahe Angehörige (z.B. Ehe- oder Lebenspartner)



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Erstattung der Kosten in Höhe des vereinbarten Prozentsatzes
- ! Bei Privat Zahnarzt niedrigerer Erstattungsprozentsatz
- ! Höchstbeträge und Obergrenzen bei einzelnen Leistungen
- ! Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Heilfürsorge wird berücksichtigt



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht zeitlich unbegrenzt in ganz Europa und bis zu 2 Monate weltweit.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Die Fragen im Antrag müssen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet werden. Bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.
- Auf Nachfrage müssen Sie uns alle erforderlichen Auskünfte zu Ihrem Leistungsanspruch geben.
- Über den Abschluss einer weiteren Krankenzusatzversicherung für zahnärztliche Heilbehandlung bei einem anderen Versicherer müssen Sie uns unverzüglich informieren.



Wann und wie zahle ich?

- Der erste Beitrag ist zum Versicherungsbeginn zu zahlen. Die folgenden Beiträge sind jeweils am 1. eines Monats zu zahlen.
- Wir ziehen den Beitrag grundsätzlich per SEPA-Lastschrift ein.
- Mit der Zahlung des Beitrages werden keine Alterungsrückstellungen aufgebaut. Der Beitrag erhöht sich daher mit Erreichen bestimmter Altersstufen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz startet mit dem vereinbarten Beginn. Dieser steht auf dem Versicherungsschein. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Beitrag rechtzeitig und vollständig zahlen. Sonst beginnt der Versicherungsschutz erst mit der vollständigen Zahlung.
- Der Versicherungsvertrag ist unbefristet. Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Vertrages. Dies ist z.B. aufgrund von Kündigung, Verlust der Versicherungsfähigkeit oder Umzug in einen Staat außerhalb der EU oder des Europäischen Wirtschaftsraums der Fall.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Vertrag zum Ende eines jeden Monats kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt einen Monat. Erstmals ist die Kündigung im November des zweiten Versicherungsjahres zum Ablauf der Mindestversicherungsdauer möglich.
- Es bestehen außerdem für Sie Sonderkündigungsrechte. Diese bestehen z.B., wenn wir den Beitrag erhöhen.

Versicherungsbedingungen Private Krankenversicherung

Die Versicherungsbedingungen für die Private Krankenversicherung gelten für die Bausteine, die Sie bei uns - Allianz Private Krankenversicherungs-AG - abgeschlossen haben. Die Versicherungsbedingungen wenden sich an Sie als Versicherungsnehmer und unseren Vertragspartner. Diese setzen sich aus den Regelungen für den bei uns abgeschlossenen Baustein (Teil A) sowie den Baustein übergreifenden Regelungen in den Teilen B und C zusammen.

Wenn Sie den Baustein im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrags oder Kollektivvertrags abgeschlossen haben, gelten zusätzlich die Besonderen Regelungen für Gruppenversicherung- und Kollektivverträge. Diese finden Sie im Anschluss an die Erläuterung von Fachausdrücken.

Wenn Sie mit uns mehrere Verträge unterhalten, können für einzelne Verträge andere Versicherungsbedingungen vereinbart sein. Für diese Verträge gelten die Versicherungsbedingungen Private Krankenversicherung nicht.

Teil A - Leistungsbausteine

Hier finden Sie die besonderen Regelungen zu den Bausteinen, die Sie bei uns abgeschlossen haben (Ziffer 1 Allgemeine Regelungen zum Baustein, Ziffer 2 Tarifbedingungen und - wenn vereinbart - Ziffer 3 Sonderbedingungen). Sie erfahren insbesondere, welche Leistungen wir erbringen und in welchen Fällen die Leistung ausgeschlossen oder eingeschränkt ist. Daneben werden unter anderem die besonderen Verhaltensregeln beschrieben, die in Bezug auf den jeweiligen Baustein beachtet werden müssen (besondere Obliegenheiten).

Übergreifende Pflichten und Obliegenheiten, die für alle Bausteine gelten, sowie Regelungen zu den Folgen von Pflicht- und Obliegenheitsverletzungen finden Sie in Teil B - Private Krankenversicherung.

Teil B - Pflichten für alle Bausteine

Private Krankenversicherung

Hier finden Sie die übergreifenden Pflichten und Obliegenheiten, die für alle Bausteine aus Teil A gelten. Geregelt werden auch die Folgen von Pflicht- und Obliegenheitsverletzungen.

Im Einzelnen befinden sich hier folgende Regelungen:

1. Vorvertragliche Anzeigepflicht
2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung
3. Rechtsfolgen bei Obliegenheitsverletzungen

Welche besonderen Obliegenheiten in Bezug auf den jeweiligen Baustein beachtet werden müssen, finden Sie in Teil A.

Teil C - Allgemeine Regelungen

Private Krankenversicherung

Hier befindet sich die allgemeine Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie finden hier außerdem allgemeine Regelungen zur Durchführung Ihres Vertrags.

Im Einzelnen befinden sich hier folgende Regelungen:

1. Beginn des Versicherungsschutzes
2. Versicherung für fremde Rechnung
3. Deutsches Recht
4. Beschwerdemöglichkeiten
5. Zuständiges Gericht
6. Verjährung
7. Aufrechnung

Erläuterung von Fachausdrücken

Wir haben uns bemüht, die Versicherungsbedingungen so verständlich wie möglich zu formulieren und auf Fachausdrücke so weit wie möglich zu verzichten. Nicht jeder Fachausdruck kann durch einen Begriff aus dem allgemeinen Sprachgebrauch ersetzt

werden. Für unvermeidliche Fachausdrücke finden Sie daher im Anschluss an Ihre Versicherungsbedingungen Erläuterungen.

Fachausdrücke, die dort erläutert werden, haben wir im Text mit einem "→" markiert.

Beispiel: "→Schriftform"

Baustein Spezial-Krankheitskosten-Versicherung

Im Baustein Spezial-Krankheitskosten-Versicherung bieten wir Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse und erbringen, falls vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für Heilbehandlungen und erbringen, falls vereinbart, weitere Leistungen.

Die Beiträge für die Tarife dieses Bausteins enthalten keine Anteile für die Bildung einer →Alterungsrückstellung.

Unter Ziffer 1 finden Sie die Allgemeinen Regelungen zum Baustein Spezial-Krankheitskosten-Versicherung. Diese gelten grundsätzlich unabhängig vom jeweils gewählten Tarif dieses Bausteins. Wenn eine Regelung nur für bestimmte Tarife dieses Bausteins gilt, haben wir dies im Text vermerkt. Welche zusätzlichen Regelungen speziell für den vereinbarten Tarif gelten, können Sie den Tarifbedingungen unter Ziffer 2 entnehmen. Sonderbedingungen für einen Tarif dieses Bausteins werden unter Ziffer 3 wiedergegeben, wenn diese mit Ihnen vereinbart worden sind.

Wenn Sie einen Tarif dieses Bausteins im Rahmen eines →Gruppenversicherungs- oder →Kollektivvertrags abgeschlossen haben, gelten dafür zusätzlich die Besonderen Regelungen für Gruppenversicherungs- und Kollektivverträge.

1. Allgemeine Regelungen zum Baustein

1.1 Regelungen zum Versicherungsfall und zum Versicherungsschutz

Inhalt dieses Abschnitts:

- 1.1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?
- 1.1.2 Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?
- 1.1.3 Welche Wartezeiten müssen verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?
- 1.1.4 Leisten wir für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind?
- 1.1.5 Wie hoch ist die Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten?
- 1.1.6 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz?
- 1.1.7 Was gilt bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland?
- 1.1.8 Wann endet der Versicherungsschutz?

1.1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

(1) Versicherungsfall

Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung der →versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen.

Als Versicherungsfall gelten auch

- Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- medizinisch notwendige ambulante Vorsorge-Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie
- Tod, soweit hierfür in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) Leistungen vereinbart worden sind.

(2) Beginn und Ende des Versicherungsfalls

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn die →versicherte Person nach medizinischem Befund nicht mehr behandlungsbedürftig ist. Wenn die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden muss, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

(3) Regelungen in den Tarifbedingungen

In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) kann geregelt sein, dass der Versicherungsfall für einen Tarif allein die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Unfallfolgen ist. In diesem Fall können dort für den Tarif weitere Abweichungen von den Absätzen 1 und 2 gelten.

1.1.2 Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus

- dem Versicherungsschein,
- den →schriftlichen Vereinbarungen,

- den Versicherungsbedingungen für Ihre private Krankenversicherung (Regelungen für diesen Baustein - Teil A - sowie Baustein übergreifende Regelungen in den Teilen B und C),
- den gesetzlichen Vorschriften zum Versicherungsrecht und
- den sonstigen gesetzlichen Vorschriften.

Art und Höhe der Versicherungsleistungen sowie die tarifbezogenen Leistungsvoraussetzungen und -ausschlüsse ergeben sich aus den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2).

1.1.3 Welche Wartezeiten müssen verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

(1) Allgemeine Wartezeit

Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate. Sie entfällt

- bei Unfällen;
- für den Ehegatten einer mindestens seit 3 Monaten →versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb von 2 Monaten nach der Eheschließung beantragt wird.

(2) Besondere Wartezeiten

Die besonderen Wartezeiten betragen 8 Monate und gelten für

- Entbindung,
- Psychotherapie,
- Zahnbehandlung,
- Zahnersatz und
- Kieferorthopädie.

Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten.

(3) Beginn der Wartezeiten

Die Wartezeiten beginnen mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

(4) Erlass der Wartezeiten

Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn Sie uns über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person ein ärztliches Zeugnis vorlegen. Dieses muss auf unserem hierfür vorgesehenen Formular verfasst sein und uns innerhalb von 14 Tagen vorliegen, nachdem Sie den Abschluss der Tarife dieses Bausteins für diese Person beantragt haben. Die Kosten für dieses ärztliche Zeugnis müssen Sie tragen. Wenn Sie die Frist nach Satz 2 nicht einhalten, gilt der Antrag für den Abschluss mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

(5) Wartezeiten bei Erweiterung des Versicherungsschutzes

Wenn Sie den Versicherungsschutz nachträglich erweitern, gelten die Wartezeitenregelungen auch für die Erweiterung.

(6) Regelungen in den Tarifbedingungen

In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) kann geregelt sein, dass die Wartezeiten nicht gelten.

1.1.4 **Leisten wir für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind?**

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes (siehe Teil C Ziffer 1) eingetreten sind oder unter den Voraussetzungen von Teil B Ziffer 2.2 Absatz 1 b) wegen Verzugs mit dem Erstbeitrag vom Versicherungsschutz ausgenommen sind, leisten wir grundsätzlich nicht.

Etwas anderes gilt nur, wenn dies in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) geregelt ist.

1.1.5 **Wie hoch ist die Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten?**

Wenn die →versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete hat, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

1.1.6 **In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz?**

(1) Versicherungsschutz in Europa

Versicherungsschutz besteht in allen europäischen Ländern.

(2) Versicherungsschutz außerhalb Europas

Der Versicherungsschutz kann durch eine gesonderte Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (siehe aber Ziffer 1.1.7 Absatz 2).

Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Wenn es medizinisch notwendig ist, die →versicherte Person über den Zeitraum, der durch

- die Allgemeinen Regelungen zum Baustein und Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) oder
- eine besondere Vereinbarung

festgelegt worden ist, medizinisch zu behandeln und eine Rückreise ihre Gesundheit gefährden würde, verlängert sich der Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, aber längstens für 2 weitere Monate. In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) kann geregelt sein, dass auch über diese 2 Monate hinaus Versicherungsschutz besteht.

1.1.7 **Was gilt bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland?**

(1) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts innerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums

Wenn die →versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in

- einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder
- einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum verlegt,

bleibt die versicherte Person nach den für sie abgeschlossenen Tarifen dieses Bausteins bei uns versichert. Voraussetzung ist, dass sie weiterhin nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) versicherungsfähig ist. Andernfalls enden insoweit die Tarife dieses Bausteins.

Wenn die betroffene Person bei uns versichert bleibt, sind wir jedoch höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die wir bei einem Aufenthalt in Deutschland erbringen müssten, es sei denn, in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) ist etwas anderes geregelt.

(2) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums

Wenn die →versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums verlegt, enden die für sie abgeschlossenen Tarife dieses Bausteins.

Die Spezial-Krankheitskosten-Tarife können jedoch durch gesonderte Vereinbarung fortgesetzt werden. In diesem Fall sind wir berechtigt, einen angemessenen Beitragszuschlag zu verlangen.

1.1.8 **Wann endet der Versicherungsschutz?**

Der Versicherungsschutz nach diesem Baustein oder einem Tarif dieses Bausteins endet für die →versicherte Person - auch für →schwebende Versicherungsfälle - zu dem Zeitpunkt, zu dem der Baustein oder der Tarif endet.

1.2 **Fälligkeit und Abrechnung unserer Leistungen, Ihr besonderer Auskunftsanspruch und das Recht auf Offenlegung**

Inhalt dieses Abschnitts:

1.2.1 **Wann werden unsere Leistungen fällig?**

1.2.2 **Welche Nachweise sind erforderlich?**

1.2.3 **An wen können wir die Leistung erbringen?**

1.2.4 **Wie rechnen wir in ausländischer Währung entstandene Kosten um?**

1.2.5 **Was gilt für Überweisungs- und Übersetzungskosten?**

1.2.6 **Welches Recht auf vorherige Auskunft haben Sie, wenn eine Behandlung mit höheren Kosten verbunden ist?**

1.2.7 **Welches Recht auf Offenlegung besteht bei Gutachten und Stellungnahmen und wer muss solche Unterlagen bezahlen?**

1.2.1 **Wann werden unsere Leistungen fällig?**

(1) Fälligkeit unserer Leistungen

Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dies setzt voraus, dass uns die hierzu erforderlichen Nachweise (siehe Ziffer 1.2.2) vorliegen. Diese werden unser Eigentum.

(2) Ihr Anspruch auf Abschlagszahlung bei Geldleistungen

Wenn unsere Erhebungen nicht innerhalb eines Monats nach Anzeige des Versicherungsfalles abgeschlossen sind, können Sie Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den wir voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Verzögern sich jedoch unsere Erhebungen durch Ihr Verschulden, verlängert sich die Monatsfrist entsprechend.

1.2.2 **Welche Nachweise sind erforderlich?**

(1) Nachweise

Nachweise im Sinne von Ziffer 1.2.1 Absatz 1 sind insbesondere Originalrechnungen. Die Rechnungen - auch unbezahlte - müssen als Original erkennbar sein, den gesetzlichen Vorschriften entsprechen und insbesondere folgende Angaben enthalten:

- Name der behandelten Person,
- Bezeichnung der Krankheit,
- Art der Leistungen und
- die Behandlungs- oder die Bezugsdaten.

(2) Nachweis für ersatzweises Krankenhaustagegeld

Wenn Sie ersatzweise Krankenhaustagegeld geltend machen, ist als Nachweis eine Bescheinigung über die stationäre Heilbehandlung einzureichen. Die Bescheinigung muss insbesondere folgende Angaben enthalten:

- Name der behandelten Person,
- Bezeichnung der Krankheit,
- das Datum der Aufnahme und der Entlassung sowie
- Daten eventueller Beurlaubungstage.

(3) Nachweise bei anderweitigem Leistungsanspruch

Besteht anderweitig ein Leistungsanspruch für denselben Versicherungsfall und wird dieser zuerst geltend gemacht, so genügen als Nachweis mit Erstattungsvermerken versehene Rechnungskopien.

1.2.3 An wen können wir die Leistung erbringen?

Wir leisten an Sie oder denjenigen, der die erforderlichen Nachweise einreicht. Wenn wir begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers haben, werden wir nur an Sie leisten.

1.2.4 Wie rechnen wir in ausländischer Währung entstandene Kosten um?

In ausländischer Währung entstandene Kosten rechnen wir zum Kurs desjenigen Tages in Euro um, an dem die Belege bei uns eingehen. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank.

Bei Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt Folgendes:

- Wir rechnen die Kosten zum jeweils aktuellen Kurs gemäß "Devisenkursstatistik" (Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank) in Euro um.
- Wenn die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben worden sind und dies durch Bankbeleg nachgewiesen wird, werden die Kosten zu diesem Kurs in Euro umgerechnet.

1.2.5 Was gilt für Überweisungs- und Übersetzungskosten?

Die Überweisung der Versicherungsleistungen ist für Sie kostenfrei, wenn Sie ein Inlandskonto benennen. Die Kosten für Überweisungen auf Konten im Ausland sowie für die Übersetzung von Rechnungen und Bescheinigungen können von den Leistungen abgezogen werden.

1.2.6 Welches Recht auf vorherige Auskunft haben Sie, wenn eine Behandlung mit höheren Kosten verbunden ist?

Wenn eine Heilbehandlung bevorsteht, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro übersteigen werden, gilt Folgendes:

(1) Ihr Recht auf schriftliche Auskunft

Sie erhalten von uns Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung.

Sie können die Auskunft vor Beginn der Behandlung verlangen. Wir geben Ihnen diese in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) und begründen sie. Wenn wir zu der Behandlung einen Kostenvoranschlag oder andere Unterlagen erhalten haben, gehen wir in unserer Auskunft auch darauf ein.

Grundsätzlich informieren wir Sie spätestens nach 4 Wochen. Wenn die Heilbehandlung aber dringend durchgeführt werden muss, geben wir Ihnen die Auskunft unverzüglich - jedoch spätestens nach 2 Wochen. Diese Fristen beginnen jeweils, sobald Ihre Anfrage bei uns eingegangen ist.

(2) Unser Fristversäumnis

Wir setzen alles daran, Ihnen die Auskunft innerhalb der Fristen nach Absatz 1 zu geben. Wenn uns das einmal nicht gelingt und wir die 2- oder 4-wöchige Frist nicht einhalten, wird vermutet, dass die beabsichtigte Heilbehandlung medizinisch notwendig ist. Das gilt so lange, bis wir beweisen, dass die Heilbehandlung nicht medizinisch notwendig ist.

1.2.7 Welches Recht auf Offenlegung besteht bei Gutachten und Stellungnahmen und wer muss solche Unterlagen bezahlen?

(1) Recht auf Auskunft und Einsichtnahme (Offenlegung)

Wir legen Gutachten und Stellungnahmen (Unterlagen) offen. Die Offenlegung erfolgt durch Auskunft an und Einsichtnahme durch die berechnigte Person (siehe dazu Absatz 2).

Die Offenlegung setzt voraus, dass wir die Unterlage eingeholt haben, weil wir unsere Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung prüfen.

(2) Berechnigte Personen

Die Offenlegung kann nur von der Person geltend gemacht werden, auf die sich die Unterlage bezieht (betroffene Person). An ihrer Stelle kann dies auch ihr gesetzlicher Vertreter verlangen.

Unter dieser Voraussetzung legen wir folgenden Personen die Unterlage offen:

- der →versicherten Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter. Das gilt nicht, wenn dieser Offenlegung erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen.
- einem uns benannten Arzt oder Rechtsanwalt.

(3) Unsere Kostentragung

Wenn wir die Unterlage selbst einholen, tragen wir die Kosten. Wenn Sie das Gutachten oder die Stellungnahme eingeholt haben, weil wir das verlangt haben, ersetzen wir Ihnen die dafür entstandenen Aufwendungen.

1.3 Besondere Obliegenheiten

Inhalt dieses Abschnitts:

- 1.3.1 Welche Obliegenheiten müssen nach Eintritt des Versicherungsfalls beachtet werden?
- 1.3.2 Welche weiteren Obliegenheiten müssen beachtet werden?
- 1.3.3 Wo sind die Rechtsfolgen von Obliegenheitsverletzungen geregelt?
- 1.3.4 Unter welchen Voraussetzungen gehen Ansprüche gegen Dritte auf uns über und welche Obliegenheiten müssen dabei beachtet werden?

1.3.1 Welche Obliegenheiten müssen nach Eintritt des Versicherungsfalls beachtet werden?

Nach Eintritt des Versicherungsfalls müssen folgende →Obliegenheiten beachtet werden:

(1) Erteilung von Auskünften

Sie sind verpflichtet, uns auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die erforderlich ist, um festzustellen,

- ob ein Versicherungsfall vorliegt oder
- ob wir leistungspflichtig und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind.

(2) Ärztliche Untersuchung

Die →versicherte Person ist verpflichtet, sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(3) Schadenminderung

Die →versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(4) Leistungsanspruch aus anderen privaten Krankenversicherungsverträgen

Wenn Sie im Versicherungsfall auch aus anderen privaten Krankenversicherungsverträgen eine Leistung beanspruchen können, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen. In der Mitteilung ist der andere Versicherer anzugeben.

1.3.2 Welche weiteren Obliegenheiten müssen beachtet werden?

In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) können weitere besondere →Obliegenheiten geregelt sein. Übergreifende Obliegenheiten, die für alle Bausteine gelten, finden Sie in Teil B.

1.3.3 Wo sind die Rechtsfolgen von Obliegenheitsverletzungen geregelt?

Die Rechtsfolgen einer Verletzung von →Obliegenheiten nach Ziffer 1.3.1 sowie nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) ergeben sich aus Teil B Ziffer 3. Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir ganz oder teilweise leistungsfrei sein sowie ein Kündigungsrecht haben.

1.3.4 Unter welchen Voraussetzungen gehen Ansprüche gegen Dritte auf uns über und welche Obliegenheiten müssen dabei beachtet werden?

(1) Übergang von Ersatzansprüchen

Wenn Ihnen ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zusteht, geht dieser Anspruch bis zu der Höhe auf uns über, in der wir den Schaden ersetzen. Der Übergang kann nicht zu Ihrem Nachteil geltend gemacht werden.

Wenn sich Ihr Ersatzanspruch gegen eine Person richtet, mit der Sie bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft leben, können wir den übergegangenen Anspruch gegen diese Person nur geltend machen, wenn sie den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

(2) Ihre Obliegenheiten im Zusammenhang mit Ersatzansprüchen

Sie müssen einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften wahren. Das bedeutet beispielsweise, dass Sie über den Anspruch oder ein ihn sicherndes Recht nicht durch Abtretung, Verzicht, Erlass oder Vergleich verfügen dürfen. Auch dürfen Sie die Realisierung des Anspruchs nicht durch bloßes Untätigbleiben verhindern.

Nachdem der Anspruch auf uns übergegangen ist, müssen Sie uns ferner bei der Durchsetzung des Anspruchs unterstützen, soweit dies erforderlich ist.

(3) Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Abweichend von Teil B Ziffer 3 gilt bei Verletzung der →Obliegenheiten nach Absatz 2 Folgendes:

Wenn Sie die genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet, als wir aufgrund Ihrer Obliegenheitsverletzung von dem Dritten keinen Ersatz erlangen können.

Wenn Sie die genannten Obliegenheiten grob fahrlässig verletzen und wir deshalb von dem Dritten keinen Ersatz verlangen können, sind wir berechtigt, unsere Leistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere Ihres Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

(4) Übergang von Bereicherungsansprüchen

Wenn Sie an einen Leistungserbringer

- ohne rechtlichen Grund eine Vergütung gezahlt haben und
- Ihnen deshalb gegen den Leistungserbringer ein Anspruch auf Rückzahlung zusteht,

geht dieser Anspruch insoweit auf uns über, als wir diese Vergütung ersetzt haben. Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

(5) Ansprüche der versicherten Person

Die Absätze 1 bis 4 gelten entsprechend, wenn die Ersatzansprüche oder die Bereicherungsansprüche der →versicherten Person zustehen.

1.4 Nachrangige Leistungspflicht bei Ansprüchen gegen gesetzliche Leistungsträger

Wie ist das Rangverhältnis, wenn auch gesetzliche Leistungsträger in Anspruch genommen werden können?

(1) Nachrangige Leistungspflicht

Wenn die →versicherte Person im Versicherungsfall

- Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder Rentenversicherung,
- Heilfürsorge oder Unfallfürsorge

beanspruchen kann, gehen diese Ansprüche unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz dieser gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Ansprüche auf ersatzweises Krankenhaustagegeld bleiben bestehen.

(2) Pflicht zur Abtretung des Anspruchs

Wenn wir in Vorleistung treten, ist der Leistungsanspruch gegen den gesetzlichen Leistungsträger an uns →schriftlich abzutreten. Diese Verpflichtung besteht bis zur Höhe der von uns geleisteten Erstattung.

(3) Weitere Fälle einer nachrangigen Leistungspflicht

In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) können weitere Fälle geregelt sein,

- in denen wir nur nachrangig zur Leistung verpflichtet sind und
- eine Verpflichtung besteht, an uns den Leistungsanspruch abzutreten, wenn wir in Vorleistung getreten sind.

1.5 Übertragung vertraglicher Ansprüche an Dritte

Können Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte übertragen werden?

(1) Unpfändbarkeit von Zahlungsansprüchen

Ansprüche auf Versicherungsleistungen in Geld sind nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften nicht pfändbar.

(2) Pflicht, uns eine Abtretung anzuzeigen

Sofern eine Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte erfolgt, müssen Sie uns dies unverzüglich anzeigen.

Es ist auch ausreichend, wenn der Abtretungsgläubiger uns die Abtretungsurkunde vorlegt. Abtretungsgläubiger ist die Person, die durch die Abtretung die Forderung auf Versicherungsleistungen erhalten hat. Wir benötigen regelmäßig nicht das Original der Abtretungsurkunde. Vielmehr reicht grundsätzlich etwa eine Kopie, Zweitschrift, ein Scan oder ein Foto von der Urkunde aus.

Solange uns die Abtretung nicht in einer dieser beiden Alternativen angezeigt worden ist, müssen wir nicht an den Abtretungsgläubiger leisten. In diesem Fall können wir die Forderung weiterhin erfüllen, indem wir an Sie leisten.

Diese Vorgaben und Rechtsfolgen ergeben sich aus dem Gesetz. Sie haben keinen Einfluss auf die rechtliche Zulässigkeit oder Wirksamkeit der Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte.

(3) Card für Privatversicherte

Die bestimmungsgemäße Verwendung der →"Card für Privatversicherte" müssen Sie uns nicht anzeigen.

Absatz 2 gilt insoweit nicht.

1.6 Beitrag und Beitragszahlung

Inhalt dieses Abschnitts:

- 1.6.1 Woraus ergibt sich der zu zahlende Beitrag?
- 1.6.2 Wie wird der Beitrag berechnet?
- 1.6.3 Wird eine Alterungsrückstellung gebildet?
- 1.6.4 Ab wann müssen Sie den Beitrag bei Erreichen einer bestimmten Altersstufe zahlen?
- 1.6.5 In welchen Fällen können wir den Beitrag nur anteilig verlangen?
- 1.6.6 Wo finden Sie weitere Regelungen zur Beitragszahlung?

1.6.1 Woraus ergibt sich der zu zahlende Beitrag?

Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

1.6.2 Wie wird der Beitrag berechnet?

(1) Grundlagen der Beitragsberechnung

Die Beiträge werden nach den in unseren →technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen berechnet.

(2) Risikozuschläge bei Änderung der Beiträge

Bei einer Änderung der Beiträge können wir auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(3) Leistungsausschluss oder Risikozuschlag bei Erweiterung des Versicherungsschutzes

Wenn Sie den Versicherungsschutz erweitern und ein erhöhtes Risiko bei der →versicherten Person vorliegt, können wir für die Erweiterung des Versicherungsschutzes nach unseren für die Risikobewertung maßgeblichen Grundsätzen einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen.

1.6.3 Wird eine Alterungsrückstellung gebildet?

Die Beiträge für die Tarife dieses Bausteins enthalten keine Anteile für die Bildung einer →Alterungsrückstellung.

1.6.4 Ab wann müssen Sie den Beitrag bei Erreichen einer bestimmten Altersstufe zahlen?

Wenn in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) geregelt ist, dass sich der Beitrag erhöht, weil ein bestimmtes Alter erreicht worden ist, müssen Sie den höheren Beitrag nach Ablauf des Monats zahlen, in dem die →versicherte Person dieses Alter erreicht hat. Wenn sich der Beitrag erhöht, können Sie den betroffenen Tarif dieses Bausteins unter den Voraussetzungen von Ziffer 1.9.3 Absätze 1 und 3 kündigen.

1.6.5 In welchen Fällen können wir den Beitrag nur anteilig verlangen?

(1) Kindernachversicherung

Für den Monat, in dem die Versicherung von Neugeborenen oder Adoptivkindern nicht am Monatsersten beginnt, können wir für die betroffene →versicherte Person den Beitrag nur anteilig für jeden versicherten Tag verlangen.

(2) Todesfall

Für den Monat, in dem die →versicherte Person an einem Tag stirbt, der nicht der letzte Tag des Monats ist, können wir für diese Person den Beitrag nur anteilig für jeden versicherten Tag verlangen.

(3) Vorzeitige Vertragsbeendigung

Wenn ein Tarif dieses Bausteins vorzeitig beendet wird, können wir - soweit das Gesetz nicht etwas anderes bestimmt - nur den Teil des Beitrags verlangen, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

Eine Ausnahme besteht insbesondere, wenn wir wegen einer Verletzung Ihrer Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten oder ihn wegen arglistiger Täuschung anfechten. In diesen Fällen müssen Sie den Beitrag bis zu dem Zeitpunkt zahlen, zu dem Ihnen unsere Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zugeht.

Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, weil Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(4) Berechnung des Tagesbeitrags

Als Tagesbeitrag gilt jeweils 1/30 des zu zahlenden Monatsbeitrags. Bei der Berechnung des Tagesbeitrags wird jeweils auf volle Cent aufgerundet.

1.6.6 Wo finden Sie weitere Regelungen zur Beitragszahlung?

Die übergreifenden Pflichten zur Beitragszahlung, die für alle Bausteine gelten, sowie die Regelungen zu den Folgen einer Pflichtverletzung finden Sie in Teil B.

1.7 Unsere Rechte zur Anpassung von Beitrag, Selbstbeteiligung, Risikozuschlag und Versicherungsbedingungen

1.7.1 Unser Recht zur Anpassung von Beitrag, Selbstbeteiligung und Risikozuschlag

Inhalt dieses Abschnitts:

1.7.1.1 Unter welchen Voraussetzungen werden der Beitrag, eine Selbstbeteiligung und ein vereinbarter Risikozuschlag angepasst, wenn der Tarif zur Produktgruppe UNI gehört?

1.7.1.2 Unter welchen Voraussetzungen werden bei sonstigen Tarifen der Beitrag, eine Selbstbeteiligung und ein vereinbarter Risikozuschlag angepasst?

1.7.1.1 Unter welchen Voraussetzungen werden der Beitrag, eine Selbstbeteiligung und ein vereinbarter Risikozuschlag angepasst, wenn der Tarif zur Produktgruppe UNI gehört?

Wenn Sie bei uns einen Krankheitskosten-Tarif der →Produktgruppe UNI abgeschlossen haben, gilt für diesen Tarif Folgendes für die Anpassung des Beitrags, einer Selbstbeteiligung und eines vereinbarten Risikozuschlags:

(1) Anpassung bei Änderung der Versicherungsleistungen

Wenn sich die Versicherungsleistungen verändern, passen wir den Beitrag während der Vertragslaufzeit an. Für die Anpassung müssen die Voraussetzungen nach § 203 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) erfüllt sein.

Die Anpassung erfolgt für jede →Beobachtungseinheit eines Tarifs getrennt. Kinder und Jugendliche sind zu einer Beobachtungseinheit zusammengefasst. Für die Anpassung muss die Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen für die jeweilige Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 Prozent ergeben. In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) kann ein höherer Prozentsatz vereinbart sein.

Bei einer Beitragsanpassung können auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend angepasst werden.

(2) Wirksamwerden einer Anpassung von Beitrag, Selbstbeteiligung und Risikozuschlag

Wir werden Sie in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) über

- die Anpassung des Beitrags, einer betragsmäßig festgelegten Selbstbeteiligung und eines vereinbarten Risikozuschlags sowie
- die für die Anpassung maßgeblichen Gründe informieren. Die Anpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf diese Information folgt.

(3) Ihr Kündigungsrecht

Wenn wir nach Absatz 1 den Beitrag, eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung oder einen vereinbarten Risikozuschlag erhöhen, haben Sie unter den Voraussetzungen von Ziffer 1.9.3 Absätze 1 und 4 ein Kündigungsrecht.

1.7.1.2 Unter welchen Voraussetzungen werden bei sonstigen Tarifen der Beitrag, eine Selbstbeteiligung und ein vereinbarter Risikozuschlag angepasst?

Wenn Sie bei uns einen Krankheitskosten-Tarif abgeschlossen haben, der nicht der →Produktgruppe UNI angehört, gilt für diesen Tarif Folgendes für die Anpassung des Beitrags, einer Selbstbeteiligung und eines vereinbarten Risikozuschlags:

(1) Voraussetzungen

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Leistungen ändern, zum Beispiel wegen steigender Heilbehand-

lungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen.

Dementsprechend vergleichen wir zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den →technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Wenn diese Gegenüberstellung für eine →Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 Prozent ergibt, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des →Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 Prozent können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

Bei einer Beitragsanpassung kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(2) Absehen von einer Beitragsanpassung

Von einer Beitragsanpassung können wir absehen, wenn wir und der →Treuhänder übereinstimmend die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend ansehen.

(3) Wirksamwerden einer Beitragsanpassung oder Änderung von Selbstbeteiligung und Risikozuschlag

Wir werden Sie in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) über eine Beitragsanpassung sowie eine Änderung einer Selbstbeteiligung und eines vereinbarten Risikozuschlags informieren. Sie werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf diese Information folgt.

(4) Ihr Kündigungsrecht

Wenn wir nach Absatz 1 den Beitrag, eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung oder einen vereinbarten Risikozuschlag erhöhen, können Sie den betroffenen Tarif dieses Bausteins unter den Voraussetzungen von Ziffer 1.9.3 Absätze 1 und 4 kündigen.

1.7.2 Unser Recht zur Anpassung der Versicherungsbedingungen

Unter welchen Voraussetzungen können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

(1) Anpassung mit Zustimmung des Treuhänders

Wir sind berechtigt, die jeweils betroffenen Versicherungsbedingungen anzupassen, wenn sich die Verhältnisse des Gesundheitswesens nicht nur vorübergehend ändern. Hierzu gehören insbesondere Änderungen von gesetzlichen Vorschriften, auf denen einzelne Regelungen des Vertrags beruhen.

Eine Anpassung von Bedingungen ist nur zulässig, wenn

- sie zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder
- das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde.

Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der →Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt und ein unabhängiger →Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

(2) Ersetzen der Versicherungsbedingungen

Die Versicherungsbedingungen einschließlich der zugehörigen Preis- und Leistungsverzeichnisse können nach § 203 Absatz 4 in Verbindung mit § 164 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) durch neue Regelungen ersetzt werden.

(3) Keine Schlechterstellung der Versicherten

Die geänderten Versicherungsbedingungen dürfen die Versicherten als einzige Regelung und im Zusammenwirken mit anderen Regelungen des Vertrags nicht schlechter stellen als die vor der Änderung geltenden Versicherungsbedingungen.

(4) Wirksamwerden der Änderungen

Wir werden Sie über eine Anpassung nach Absatz 1 in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) informieren. Die Anpassung wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf diese Information folgt.

Wir werden Sie über eine Ersetzung nach Absatz 2 ebenfalls in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) informieren. Die Ersetzung wird 2 Wochen nach dieser Information wirksam.

(5) Ihr Kündigungsrecht

Wenn wir nach Absatz 1 unsere Leistungen mindern, können Sie den betroffenen Tarif unter den Voraussetzungen von Ziffer 1.9.3 Absätze 1 und 4 kündigen.

1.8 Ihr Recht zur Kindernachversicherung

Welche Besonderheiten gelten für die Nachversicherung von Kindern?

(1) Nachversicherung von leiblichen Kindern

Wir versichern Neugeborene ohne Risikozuschläge, ohne Leistungsausschlüsse und ohne Wartezeiten, wenn

- ein Elternteil am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert war und
- die Versicherung für das Neugeborene spätestens 2 Monate nach der Geburt rückwirkend zum Tag der Geburt angemeldet wird.

Der Versicherungsschutz des Neugeborenen darf nicht höher oder umfassender sein als der eines versicherten Elternteils.

Wenn die Versicherung des Neugeborenen nach den Sätzen 1 und 2 erfolgt, besteht ab Geburt Versicherungsschutz nach den für das Neugeborene abgeschlossenen Krankheitskosten-Tarifen auch für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Geburtsschäden oder angeborener Krankheiten.

(2) Nachversicherung von Adoptivkindern

Wir versichern Adoptivkinder, die zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig sind, ohne Leistungsausschlüsse und ohne Wartezeiten, wenn

- ein Elternteil am Tag der Adoption mindestens 3 Monate bei uns versichert war und
- die Versicherung für das Adoptivkind spätestens 2 Monate nach der Adoption rückwirkend zum Tag der Adoption angemeldet wird.

Der Versicherungsschutz des Adoptivkindes darf nicht höher oder umfassender sein als der eines versicherten Elternteils. Für ein erhöhtes Risiko können wir nach unseren für die Risikobewertung maßgeblichen Grundsätzen einen angemessenen Risikozuschlag in Höhe von bis zu 100 Prozent des zu zahlenden Beitrags verlangen.

1.9 Beendigung des Bausteins

Inhalt dieses Abschnitts:

- 1.9.1 Welche Vertragsdauer ist vereinbart?**
 - 1.9.2 Wie wird das Versicherungsjahr berechnet?**
 - 1.9.3 Unter welchen Voraussetzungen können Sie kündigen oder die Aufhebung verlangen?**
 - 1.9.4 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?**
 - 1.9.5 Wann endet der Baustein im Todesfall?**
-
- 1.9.1 Welche Vertragsdauer ist vereinbart?**

(1) Mindestversicherungsdauer

Es gilt eine →Mindestversicherungsdauer von 2 Versicherungsjahren. Wir rechnen bei einem Tarifwechsel die Dauer eines zuvor unterhaltenen Tarifs mit gleichartigem Versicherungsschutz auf die Mindestversicherungsdauer an.

(2) Beendigung nach Zeitablauf

Die Tarife dieses Bausteins enden grundsätzlich nicht durch Zeitablauf. Etwas anderes gilt, wenn eine Höchstversicherungsdauer oder sonstige Befristung in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) geregelt ist.

1.9.2 Wie wird das Versicherungsjahr berechnet?

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahrs. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen dem jeweiligen Kalenderjahr.

1.9.3 Unter welchen Voraussetzungen können Sie kündigen oder die Aufhebung verlangen?

(1) Allgemeine Voraussetzungen

Jede Kündigungserklärung nach den Absätzen 2 bis 4 sowie das Aufhebungsverlangen nach Absatz 5 bedarf der Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail).

Wenn Sie den Baustein insgesamt oder die Tarife dieses Bausteins für einzelne →versicherte Personen kündigen, ist die Kündigung nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben. Das gilt entsprechend, wenn Sie die Aufhebung nach Absatz 5 verlangen.

(2) Ordentliche Kündigung

Sie können den Baustein zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs, frühestens zum Ablauf der nach Ziffer 1.9.1 Absatz 1 vereinbarten →Mindestversicherungsdauer von 2 Versicherungsjahren, mit einer Frist von 3 Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen oder Tarife dieses Bausteins beschränkt werden.

(3) Vertraglich geregelte Beitragsänderungen

Wenn eine vertragliche Regelung dazu führt, dass sich der Beitrag erhöht,

- weil ein bestimmtes Alter erreicht worden ist oder andere in der Regelung genannte Voraussetzungen eingetreten sind und
 - nunmehr ein Beitrag zu zahlen ist, der sich aus diesem Alter oder der entsprechenden Altersgruppe ergibt,
- können Sie alle bei uns für die betroffene →versicherte Person abgeschlossenen Tarife innerhalb von 2 Monaten nach Inkrafttreten der Änderung rückwirkend zum Zeitpunkt des Inkrafttretens kündigen.

(4) Erhöhung von Beitrag, Selbstbeteiligung oder Risikozuschlag sowie Minderung unserer Leistungen

Wenn wir den Beitrag, eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung oder einen vereinbarten Risikozuschlag nach Ziffer 1.7.1 oder nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) erhöhen, können Sie für die betroffene →versicherte Person den von der Erhöhung betroffenen Tarif dieses Bausteins zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Änderung wirksam wird. Hierzu muss uns Ihre Kündigung innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung vorliegen.

Wenn wir unsere Leistungen nach Ziffer 1.7.2 Absatz 1 vermindern, können Sie für die betroffene versicherte Person den von der Leistungsminderung betroffenen Tarif dieses Bausteins zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Änderung wirksam wird. Hierzu muss uns Ihre Kündigung innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung vorliegen.

(5) Anspruch auf Aufhebung

Wenn wir die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne →versicherte Personen oder Tarife dieses Bausteins erklären, können Sie innerhalb von 2 Wochen nach Zugang unserer darauf gerichteten Erklärung die Aufhebung aller bei uns abgeschlossenen Verträge zum Ende des Monats verlangen, in dem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

1.9.4 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?

(1) Ordentliches Kündigungsrecht

Wir können Tarife dieses Bausteins mit einer Frist von 3 Monaten • zum Ablauf der nach Ziffer 1.9.1 Absatz 1 vereinbarten →Mindestversicherungsdauer von 2 Versicherungsjahren oder • zum Ende des dritten Versicherungsjahrs kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen beschränkt werden.

(2) Außerordentliches Kündigungsrecht

Die gesetzlichen Vorschriften über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen oder Tarife dieses Bausteins beschränkt werden.

1.9.5 Wann endet der Baustein im Todesfall?

Der Baustein endet mit Ablauf des Tages, an dem der →Versicherungsnehmer stirbt. Beim Tod der →versicherten Person enden die für sie abgeschlossenen Tarife dieses Bausteins mit Ablauf des Tages, an dem sie stirbt.

1.10 Fortsetzung des Bausteins

Unter welchen Voraussetzungen kann der Baustein oder können Tarife dieses Bausteins fortgesetzt werden?

(1) Ihre Kündigung

Wenn Sie den Baustein insgesamt oder Tarife dieses Bausteins für einzelne →versicherte Personen kündigen, haben die versicherten Personen das Recht, die für sie abgeschlossenen Spezial-Krankheitskosten-Tarife unter Benennung des künftigen →Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung muss innerhalb von 2 Monaten nach der Kündigung unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers erklärt werden.

(2) Trennung, Ehescheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft

Ein getrennt lebender oder rechtskräftig geschiedener Ehegatte kann seinen Vertragsteil als selbständige Versicherung fortsetzen. Entsprechendes gilt für den getrennt lebenden eingetragenen Lebenspartner oder bei Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft.

Für eine Fortsetzung müssen die Voraussetzungen für die →Versicherungsfähigkeit nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) erfüllt sein.

(3) Tod des Versicherungsnehmers

Wenn der Baustein aufgrund des Todes des →Versicherungsnehmers endet, haben die →versicherten Personen das Recht, die für sie abgeschlossenen Spezial-Krankheitskosten-Tarife unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung muss innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod des bisherigen Versicherungsnehmers unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers erklärt werden.

(4) Unsere Kündigung wegen Zahlungsverzugs

Wenn wir den Baustein insgesamt oder Tarife dieses Bausteins für einzelne →versicherte Personen wegen Zahlungsverzugs wirksam kündigen, haben die versicherten Personen das Recht, die Spezial-Krankheitskosten-Tarife, soweit sie von der Kündigung erfasst sind, unter Benennung des künftigen →Versicherungsnehmers fortzusetzen.

Die Fortsetzung muss unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers innerhalb von 2 Monaten erklärt werden, nachdem die versicherten Personen Kenntnis von diesem Recht erlangt haben. Der Beitrag muss ab Fortsetzung gezahlt werden.

Wir müssen die versicherten Personen über die Kündigung und ihr Recht zur Fortsetzung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) informieren.

2. Tarifbedingungen

Unter Ziffer 2 (Tarifbedingungen) sind Art und Höhe der Versicherungsleistungen sowie die tarifbezogenen Leistungsvoraussetzungen und -ausschlüsse geregelt. Hier finden Sie außerdem die Bestimmungen über die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit sowie weitere Besonderheiten für diesen Tarif.

Die Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Regelungen (Teil A Ziffer 1) zum Baustein Spezial-Krankheitskosten-Versicherung sowie, falls vereinbart, mit den Sonderbedingungen (Teil A Ziffer 3).

Tarif MeinZahnschutz 75 (ZS75)

Dieser Tarif hat die Kurzbezeichnung ZS75. Er gehört zur →Produktgruppe UNI.

2.1 Erforderliche Eigenschaften der versicherten Person (Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit)

2.1.1 Welche Voraussetzung muss die zu versichernde Person bei Abschluss des Tarifs erfüllen (Aufnahmefähigkeit)?

Der Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, deren ständiger Wohnsitz in Deutschland liegt.

2.1.2 Welche Eigenschaft muss die versicherte Person während der Versicherung nach diesem Tarif erfüllen und was gilt bei Wegfall dieser Eigenschaft (Versicherungsfähigkeit)?

(1) Grundabsicherung

Die →versicherte Person ist nach diesem Tarif versicherungsfähig, solange für sie eine Grundabsicherung

- bei einer Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB) oder
- aus der Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder damit ähnlichen Dienstverhältnis besteht.

(2) Wegfall der erforderlichen Eigenschaft

Bei Wegfall der Grundabsicherung nach Absatz 1 endet der Tarif für die betroffene →versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung für die →Versicherungsfähigkeit nicht mehr erfüllt ist.

2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

2.2.1 Regelungen für alle versicherten Leistungen

Inhalt dieses Abschnitts:

2.2.1.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?

2.2.1.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen ?

2.2.1.3 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir (heute und morgen)?

2.2.1.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?

Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der versicherten Aufwendungen ist das Datum, an dem die →versicherte Person behandelt worden ist oder eine Leistung bezogen hat.

2.2.1.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen ?

(1) Auswahl von Ärzten oder Zahnärzten

Die →versicherte Person hat die freie Wahl unter den niedergelassenen oder den in Krankenhaus-Ambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen, approbierten Ärzten und Zahnärzten.

(2) Auswahl von Krankenhäusern

Wenn eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig ist, kann die →versicherte Person unter allen öffentlichen und privaten Krankenhäusern frei wählen, die

- unter ständiger eigener ärztlicher Leitung stehen,
- über ausreichende eigene diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und
- Krankengeschichten führen.

2.2.1.3 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir (heute und morgen)?

Wir leisten im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Information: Das gilt auch für solche Methoden und Arzneimittel, die es heute noch nicht gibt und die erst in Zukunft anerkannt werden. Ihr Versicherungsschutz passt sich automatisch an solche Innovationen an. Sie müssen dafür nichts tun (Innovationsgarantie).

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

2.2.2 Versicherte Leistungen bei zahnärztlicher Behandlung in Deutschland

Inhalt dieses Abschnitts:

2.2.2.1 Wie bestimmen sich die erstattungsfähigen Aufwendungen?

2.2.2.2 Was bedeutet: Abzug der Leistungen der Grundabsicherung?

2.2.2.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnersatz (einschließlich Suprakonstruktionen auf Implantaten) und Inlays?

2.2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Implantologie?

2.2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnbehandlung?

2.2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Prophylaxe (einschließlich professioneller Zahnreinigung)?

2.2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Aufbissbehelfe und Schienen?

2.2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Kieferorthopädie?

2.2.2.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Bleaching?

- 2.2.2.10 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir für die zahnmedizinische Versorgung (Zahntechnische Leistungen, Verbandmaterialien und Arzneimittel sowie schmerzlindernde Behandlungen)?**
- 2.2.2.11 Welche Höchstbeträge gelten für alle versicherten Leistungen?**
- 2.2.2.12 In welchen Fällen empfehlen wir, einen Heil- und Kostenplan vorzulegen?**
- 2.2.2.13 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?**

Hier finden Sie Regelungen zu den versicherten Leistungen, wenn sich die →versicherte Person in Deutschland behandeln lässt.

Unsere Leistungspflicht bei Auslandsbehandlungen haben wir in Ziffer 2.2.3 festgelegt. Bitte sehen Sie im Bedarfsfall an dieser Stelle nach.

2.2.2.1 Wie bestimmen sich die erstattungsfähigen Aufwendungen?

Aufwendungen für zahnmedizinische Leistungen sind erstattungsfähig, wenn sie nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für zahnärztliche und ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

Die danach erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzen wir nach den Ziffern 2.2.2.2 bis 2.2.2.9 bis zu den nach Ziffer 2.2.2.11 vorgesehenen Höchstbeträgen.

2.2.2.2 Was bedeutet: Abzug der Leistungen der Grundabsicherung?

Bei bestimmten Leistungen nach den Ziffern 2.2.2.3 bis 2.2.2.9 ziehen wir die Vorleistung der Grundabsicherung ab, ehe wir zahlen. Wir nennen es "abzüglich der Vorleistung" und das bedeutet:

Wir ziehen folgende Vorleistungen ab:

- Gesetzlich Versicherte
Die Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Selbstbehalt oder Eigenanteil für die →versicherte Person zählen ebenfalls zu dieser Vorleistung.
- Heilfürsorge-Berechtigte
Die Vorleistung der Heilfürsorge und die der Beihilfe, wenn die versicherte Person ergänzend auch einen Beihilfe-Anspruch hat.

Wenn die Grundabsicherung in Anspruch genommen worden ist, aber nicht vorgeleistet hat, leisten wir ebenfalls.

2.2.2.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnersatz (einschließlich Suprakonstruktionen auf Implantaten) und Inlays?

(1) Erstattungsprozentsätze

a) Behandlungen im Rahmen der Regelversorgung

- Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen abzüglich der Vorleistung der Grundabsicherung. Dies gilt für eine Behandlung im Rahmen einer Regelversorgung nach § 55 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V), für die keine privat Zahnärztliche Vergütung berechnet wird.

b) Behandlungen außerhalb der Regelversorgung

- Wir ersetzen 75 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen abzüglich der Vorleistung der Grundabsicherung. Dies gilt für eine Behandlung, die über eine Regelversorgung nach § 55 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (§ 55 SGB V) hinausgeht oder von dieser abweicht, und für die zumindest teilweise eine privat Zahnärztliche Vergütung berechnet wird.

- Wir ersetzen 50 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen. Dies gilt, wenn ein Privat-Arzt oder Privat-Zahnarzt die Versorgung nach Satz 2 gemacht hat, der keine Zulassung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung hat.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

a) prothetische Leistungen, einschließlich Brücken, Stützähnen, Kronen, Teilkronen, Keramikverblendschalen (Veneers), Kunststoff- und Keramikverblendungen für alle Zähne sowie auf Implantaten sitzendem Zahnersatz (Suprakonstruktionen),

b) die mit den Leistungen nach a) in Zusammenhang stehenden funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen (Gnathologie) einschließlich Aufbiss-Behelfen und Schienen,

c) Inlays (Einlagefüllungen) aus Kunststoffen, Edelmetallen, Keramikmaterial (auch auf Goldgerüst) und Glaskeramik,

d) den zusätzlichen Einsatz eines Operationsmikroskops oder Lasers sowie

e) die mit den Leistungen nach a) bis d) im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.

(3) Besonderer Nachweis über den Zuschuss der Grundabsicherung

Wenn die Grundabsicherung die Aufwendungen bezuschusst hat, müssen ergänzend zu Ziffer 1.2.2 Absatz 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein Originalrechnungen oder Rechnungskopien mit einer Bestätigung der Grundabsicherung über die Höhe der erbrachten Zuschüsse vorgelegt werden.

2.2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Implantologie?

Wir ersetzen 75 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen abzüglich der Vorleistung der Grundabsicherung .

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

- implantologische Leistungen sowie
- die in diesem Zusammenhang anfallenden chirurgischen Leistungen, zum Beispiel der Aufbau des Kieferknochens (Augmentation).

2.2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnbehandlung?

(1) Erstattungsprozentsatz

- Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen abzüglich der Vorleistung der Grundabsicherung.
- Wir ersetzen 75 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn ein Privat-Arzt oder Privat-Zahnarzt behandelt hat, der keine Zulassung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung hat.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind - mit Ausnahme von Inlays (Einlagefüllungen, siehe dazu Ziffer 2.2.2.3) - die Aufwendungen für:

a) allgemeine zahnärztliche Leistungen,

b) konservierende Leistungen einschließlich Kunststoff-, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen,

c) zahnchirurgische Leistungen einschließlich Wurzelkanalbehandlungen und Wurzelspitzenresektionen,

d) Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums einschließlich VECTOR-Technologie, Schleimhauttransplantation, Bakterien- /DNA-Test, mikrobiologischer Diagnostik (Speicheltest), Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Knochen oder Knochenersatzmaterial, der gesteuerten Gewebegeneration zur Wachstumsförderung von geschädigtem Gewebe des Zahnhalteapparats sowie

e) den zusätzlichen Einsatz eines Operationsmikroskops oder Lasers.

2.2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Prophylaxe (einschließlich professioneller Zahnreinigung)?

Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen abzüglich der Vorleistung der Grundabsicherung.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für prophylaktische Leistungen einschließlich professioneller Zahnreinigung.

Dazu gehören etwa

- Fissuren-Versiegelungen,
- das Entfernen der Beläge auf Zahn- oder Wurzel-Oberflächen (einschließlich der Reinigung von Zahn-Zwischenräumen),
- das Entfernen des Biofilms,
- die Oberflächen-Politur oder
- geeignete Fluoridierungsmaßnahmen.

2.2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Aufbissbehelfe und Schienen?

(1) Erstattungsprozentsatz

- Wir ersetzen 75 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen abzüglich der Vorleistung der Grundabsicherung.
- Wir ersetzen 50 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn ein Privat-Arzt oder Privat-Zahnarzt behandelt hat, der keine Zulassung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung hat.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

a) Aufbissbehelfe und Schienen (etwa Knirscherschienen und DROS Schienen) sowie

b) die damit in direktem Zusammenhang stehenden funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen.

2.2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Kieferorthopädie?

(1) Kieferorthopädie für Personen bis zum 21. Geburtstag

a) Erstattungsprozentsatz

- Wir ersetzen 75 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen abzüglich der Vorleistung der Grundabsicherung.
- Wir ersetzen 50 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn ein Privat-Arzt oder Privat-Zahnarzt behandelt hat, der keine Zulassung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung hat.

b) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen einschließlich unter anderem Keramik-, Mini-, selbstligierender Brackets, superelastischer, thermoelastischer, farbloser Bögen und Lingualtechnik für →versicherte Personen, die noch nicht 21 Jahre alt sind.

c) Versicherter Höchstbetrag

Der Ersatz von Aufwendungen für Kieferorthopädie für Personen bis zum 21. Geburtstag ist auf höchstens 2.000 Euro pro →versicherte Person und Versicherungsfall begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

(2) Kieferorthopädie für Personen, die auch älter als 20 Jahre sind (bei Unfall oder schwerer Erkrankung)

a) Erstattungsprozentsatz

- Wir ersetzen 75 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen abzüglich der Vorleistung der Grundabsicherung.

- Wir ersetzen 50 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn ein Privat-Arzt oder Privat-Zahnarzt behandelt hat, der keine Zulassung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung hat.

b) Erstattungsfähige Aufwendungen

Wenn einer der zwei folgenden Fälle vorliegt, sind die Aufwendungen für Kieferorthopädie erstattungsfähig, auch wenn die versicherte Person bereits älter als 20 Jahre ist:

aa) Unfall

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, die wegen eines Unfalls erforderlich werden.

Als Unfall gilt nicht, wenn durch Nahrungsaufnahme (zum Beispiel Biss auf einen Kirschkern) ein Schaden an den Zähnen verursacht wird.

bb) Schwere Erkrankung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, die wegen einer angeborenen Missbildung des Gesichts oder der Kiefer, einer skelettalen Dysgnathie oder einer verletzungsbedingten Kieferfehlstellung erforderlich sind. Weiter müssen diese Aufwendungen im Rahmen einer kombiniert kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung entstanden sein.

2.2.2.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Bleaching?

(1) Versicherte Leistung

Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen abzüglich der Vorleistung der Grundabsicherung.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine Zahnaufhellung (Bleaching).

(2) Versicherter Höchstbetrag

Der Ersatz von Aufwendungen für Bleaching ist auf höchstens 150 Euro pro →versicherte Person innerhalb von 2 Versicherungsjahren begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

2.2.2.10 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir für die zahnmedizinische Versorgung (Zahntechnische Leistungen, Verbandmaterialien und Arzneimittel sowie schmerzlindernde Behandlungen)?

(1) Erstattung wie Hauptleistung

Wenn zusammen mit den zuvor genannten zahnmedizinischen Leistungen auch zahntechnische Leistungen oder schmerzlindernde Behandlungen erbracht oder Verbandmaterialien und Arzneimittel verabreicht werden, sind diese nach den folgenden Absätzen 2 bis 4 versichert.

Die Aufwendungen dafür ersetzen wir nach den Ziffern 2.2.2.3 bis 2.2.2.9 wie die Aufwendungen, in deren Zusammenhang sie erbracht werden.

Es gelten außerdem die nach Ziffer 2.2.2.11 vorgesehenen Höchstbeträge.

(2) Aufwendungen für zahntechnische Leistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die bundesweit üblichen Preise für zahntechnische Leistungen.

(3) Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Verbandmaterialien und zugelassene Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes, wenn diese

- zur Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten medizinisch notwendig sind und

- von einem in Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind. Arzneimittel müssen außerdem aus der Apotheke bezogen worden sein.

Als Arzneimittel, auch wenn sie von einem Zahnarzt verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel, Nährstoffe, Nahrungsergänzungsmittel und Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, sowie kosmetische Präparate.

(4) Aufwendungen für schmerzlindernde Behandlungen

Erstattungsfähig sind insbesondere

- von einem in Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer durchgeführte Akupunktur
- Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf),
- Hypnose,
- Lachgas-Sedierung sowie
- Vollnarkose.

2.2.2.11 Welche Höchstbeträge gelten für alle versicherten Leistungen?

(1) Höchstbeträge ab Versicherungsbeginn

Während der ersten 3 Versicherungsjahre ab Versicherungsbeginn des Tarifs ZS75 gelten bei Aufwendungen nach Ziffern 2.2.2.3 bis 2.2.2.10 pro →versicherte Person folgende Erstattungshöchstbeträge:

- 1.000 Euro während des ersten Versicherungsjahres (1. Leistungsabschnitt)
- 1.500 Euro während der ersten beiden Versicherungsjahre (2. Leistungsabschnitt)
- 2.000 Euro während der ersten 3 Versicherungsjahre (3. Leistungsabschnitt)

Für Aufwendungen, die den Erstattungshöchstbetrag des jeweiligen Leistungsabschnitts übersteigen, besteht kein Anspruch auf Aufwendungsersatz. Dieser übersteigende Teil kann auch nicht zu einem späteren Zeitpunkt mit einem Erstattungshöchstbetrag eines folgenden Leistungsabschnitts verrechnet werden.

(2) Keine Erstattungshöchstbeträge bei unfallbedingten Behandlungen

Die Erstattungshöchstbeträge nach Absatz 1 gelten nicht für zahnärztliche Heilbehandlungen, die wegen eines Unfalls erforderlich werden. Als Unfall gilt nicht, wenn

- durch Nahrungsaufnahme (zum Beispiel Biss auf einen Kirschkern) ein Schaden an den Zähnen verursacht wird oder
- beim Reinigen herausnehmbaren Zahnersatzes ein Schaden entsteht.

(3) Anrechnung bisheriger Versicherungsdauer bei Tarifwechsel

Wenn die →versicherte Person von einem bei uns abgeschlossenen Tarif, der Leistungen für zahnärztliche Heilbehandlung beinhaltet, in Tarif ZS75 wechselt, wird die Versicherungsdauer im bisherigen Tarif auf die Dauer der ab Versicherungsbeginn geltenden Erstattungshöchstbeträge im Tarif ZS75 angerechnet.

Die Leistungen, die nach bisherigen Tarifen erbracht worden sind, werden bei Aufwendungsersatz nach Tarif ZS75 bis zu dem Erstattungshöchstbetrag angerechnet, der sich aus Satz 1 ergibt.

2.2.2.12 In welchen Fällen empfehlen wir, einen Heil- und Kostenplan vorzulegen?

Wir empfehlen, uns bei folgenden Leistungen einen Heil- und Kostenplan nach Befunderhebung einzureichen:

- Zahnersatz nach Ziffer 2.2.2.3,
- Inlays nach Ziffer 2.2.2.3,
- implantologischen Leistungen nach Ziffer 2.2.2.4 sowie
- kieferorthopädischen Leistungen nach Ziffer 2.2.2.8.

Wir informieren Sie unverzüglich über den Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen. Die Aufwendungen für die Erstellung des Heil- und Kostenplans ersetzen wir tarifgemäß.

2.2.2.13 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absätze 1 und 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gelten für den Tarif ZS75 nicht.

2.2.3 Versicherte Leistungen bei zahnärztlicher Behandlung im Ausland

Inhalt dieses Abschnitts:

2.2.3.1 Welche Geltung hat unsere Leistungszusage für Behandlungen im Ausland?

2.2.3.2 Was gilt bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland?

2.2.3.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei Behandlungen im Ausland?

2.2.3.4 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Hier finden Sie Regelungen zu den versicherten Leistungen, wenn sich die →versicherte Person im Ausland aufhält und sich dort behandeln lässt.

Unsere Leistungspflicht bei Behandlungen in Deutschland ist in Ziffer 2.2.2 festgelegt.

2.2.3.1 Welche Geltung hat unsere Leistungszusage für Behandlungen im Ausland?

Unsere Leistungszusage nach Ziffer 2.2.3 gilt unabhängig davon, ob die →versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt oder sich im Ausland nur vorübergehend aufhält, soweit in diesen Fällen Versicherungsschutz vereinbart ist.

Wir erbringen die Tarifleistungen auch bei Krankheiten (einschließlich chronischer Erkrankungen) oder Unfallfolgen, die bereits zu Beginn des Auslandsaufenthalts bestehen. Das gilt auch dann, wenn im Ausland eine erhebliche Verschlimmerung des Gesundheitszustands eintritt.

2.2.3.2 Was gilt bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland?

Nach diesem Tarif besteht Versicherungsschutz in allen europäischen Ländern (siehe Ziffer 1.1.6 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein).

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt außerhalb Europas gilt für diesen Tarif Ziffer 1.1.6 Absatz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein sowie folgende Regelungen:

(1) Dauer des Versicherungsschutzes (Grundsatz)

Abweichend von Ziffer 1.1.6 Absatz 2 Satz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein besteht während eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland Versicherungsschutz nach diesem Tarif für insgesamt 2 Monate. Der Versicherungsschutz kann durch Vereinbarung darüber hinaus verlängert werden.

(2) Ausnahme bei Gesundheitsgefahr durch Rückreise

Wenn es medizinisch notwendig ist, die →versicherte Person über die ersten 2 Monate hinaus medizinisch zu behandeln, besteht abweichend von Ziffer 1.1.6 Absatz 2 Satz 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein Versicherungsschutz, solange eine Rückreise ihre Gesundheit gefährden würde. Die Begrenzung auf längstens weitere 2 Monate nach Ziffer 1.1.6 Absatz 2 Satz 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt nicht.

2.2.3.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei Behandlungen im Ausland?

Wenn nach den Allgemeinen Regelungen zum Baustein (Ziffern 1.1.6 und 1.1.7) und nach Ziffer 2.2.3.2 Versicherungsschutz bei Auslandsaufhalten besteht, ersetzen wir die Aufwendungen,

welche nach Ziffer 2.2.2 auch für Behandlungen innerhalb Deutschlands versichert sind.

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen zu den Prozentsätzen, die nach Ziffer 2.2.2 für Behandlungen in Deutschland vereinbart sind. Wenn eine geringere Erstattung vereinbart ist, weil die Behandlung von einem Arzt oder Zahnarzt ohne deutsche Kassee-Zulassung gemacht worden ist, gilt diese nicht für eine Behandlung im Ausland. Das betrifft unsere Leistungen für Zahnersatz und Inlays, Zahnbehandlung, Aufbissbehelfe und Schienen sowie Kieferorthopädie.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die im Ausland ortsüblichen Kosten, jedoch nicht mehr als der Betrag, der bei einer Behandlung in Deutschland angefallen wäre.

Es gelten damit die Begrenzung unserer Leistungspflicht nach Ziffer 2.2.2 auf die Gebührensätze nach den jeweils geltenden Gebührenordnungen sowie die Höchstbeträge nach Ziffer 2.2.2.11.

2.2.3.4 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absätze 1 und 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gelten für den Tarif ZS75 nicht.

2.3 Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

2.3.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht

a) für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen, die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind.

Wir leisten dennoch, wenn die →versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets verhindert ist.

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.

b) für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden sind.

c) für Krankheiten und Unfälle, die die →versicherte Person bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat, einschließlich deren Folgen.

d) wenn die Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, in Krankenhäusern oder in medizinischen Versorgungszentren durchgeführt wird, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund vom Aufwändungsersatz ausgeschlossen haben. Dies setzt voraus, dass wir Sie vor Eintritt des Versicherungsfalls über den Leistungsausschluss benachrichtigt haben. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein →schwebender Versicherungsfall vorliegt, sind wir nicht leistungspflichtig für die Aufwendungen, die nach Ablauf von 3 Monaten seit der Benachrichtigung entstanden sind.

e) für Behandlungen durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten und Auslagen ersetzen wir tarifgemäß.

f) für Zuzahlungen im Sinne von § 61 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V).

2.3.2 In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

(1) Unser Recht zur Herabsetzung unserer Leistungen

Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen,

- wenn eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart worden sind, das medizinisch notwendige Maß übersteigt oder
- wenn für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder für sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart worden sind, eine unangemessen hohe Vergütung berechnet wird.

(2) Bemessungskriterien zur Bestimmung der angemessenen Vergütung

Aufwendungen nach

- der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und
 - der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)
- sind nur angemessen, wenn sie nach den dort festgelegten Bemessungskriterien medizinisch gerechtfertigt sind.

Andere Aufwendungen für Behandlung in Deutschland gelten als angemessen, wenn sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen. Aufwendungen für Behandlung im Ausland (siehe dazu Ziffer 2.2.3) gelten als angemessen, wenn sie das dort ortsübliche Maß, jedoch maximal das in Deutschland übliche Maß, nicht übersteigen.

2.4 Besondere Obliegenheit nach diesem Tarif

Welche Obliegenheit ist bei weiteren Krankenversicherungen neben Tarif ZS75 zu beachten?

(1) Unterrichtung bei anderweitigem Versicherungsschutz

Abweichend zu der Obliegenheit nach Ziffer 1.3.1 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein müssen Sie uns nur dann unverzüglich informieren, wenn für die →versicherte Person bei einem anderen Versicherer eine weitere Krankheitskosten-Versicherung mit Anspruch auf Aufwändungsersatz für zahnärztliche Leistungen (Zahnbehandlung oder Zahnersatz) abgeschlossen wird.

(2) Rechtsfolgen der Obliegenheitsverletzung

Verletzen Sie oder die →versicherte Person die Obliegenheit nach Absatz 1 vorsätzlich oder grob fahrlässig, richten sich die Rechtsfolgen nach Teil B Ziffer 3. Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir ganz oder teilweise leistungsfrei sein sowie ein Kündigungsrecht haben.

2.5 Nachrangige Leistungspflicht bei Ansprüchen gegen die Grundabsicherung

Wie ist das Rangverhältnis, wenn auch die Grundabsicherung in Anspruch genommen werden kann?

Ergänzend zu Ziffer 1.4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt:

(1) Nachrangige Leistungspflicht

Wenn die →versicherte Person im Versicherungsfall Leistungen aus der Grundabsicherung beanspruchen kann, gehen auch diese Ansprüche unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz dieser gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

(2) Pflicht zur Abtretung des Anspruchs

Wenn wir in Vorleistung treten, muss der Leistungsanspruch gegen die Grundabsicherung an uns →schriftlich abgetreten werden. Diese Verpflichtung besteht bis zur Höhe der von uns geleisteten Erstattung.

2.6 Maßgebliches Alter für den Beitrag der nächst höheren Altersstufe

Ab wann müssen Sie den Beitrag für die nächst höhere Altersstufe zahlen?

Nach Ablauf des Monats, in dem die →versicherte Person 21, 31, 41, 51 oder 61 Jahre alt geworden ist, müssen Sie den Beitrag zahlen, der im Tarif für die nächst höhere Altersstufe vorgesehen

ist. Wenn sich der Beitrag erhöht, können Sie den Tarif unter den Voraussetzungen von Ziffer 1.9.3 Absätze 1 und 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein kündigen.

2.7 Besondere Regelungen zur Beitragsanpassung

Welche Besonderheit gilt bei der Beitragsanpassung?

Abweichend von Ziffer 1.7.1.1 Absatz 1 Satz 5 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein erfolgt eine Anpassung erst dann, wenn die Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen für die jeweilige →Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 Prozent ergibt.

Im Übrigen gilt Ziffer 1.7.1.1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein unverändert.

2.8 Verzicht auf Kündigungsrecht

Was gilt ergänzend für unser ordentliches Kündigungsrecht?

Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht nach Ziffer 1.9.4 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

2.9 Besonderheit für Ihr ordentliches Kündigungsrecht

Unter welchen Voraussetzungen können Sie ordentlich kündigen?

(1) Allgemeine Voraussetzungen

Für Ihre ordentliche Kündigung gilt Ziffer 1.9.3 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein. Sie müssen sie deshalb in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) erklären.

Wenn Sie den Tarif für einzelne →versicherte Personen kündigen, ist die Kündigung nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

(2) Ordentliche Kündigung

Für Ihre ordentliche Kündigung gilt Ziffer 1.9.3 Absatz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein nicht. Sie können den Tarif stattdessen zum Ende des Monats kündigen, der auf den Zugang Ihrer Kündigungserklärung folgt. Es gilt jedoch die →Mindestversicherungsdauer von 2 Versicherungsjahren (Ziffer 1.9.1 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein). Bitte vergleichen Sie außerdem Ziffer 1.9.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein. Dort ist festgehalten, wie sich das Versicherungsjahr bemisst.

Dadurch können Sie erstmals im November des zweiten Versicherungsjahrs zum Ablauf der Mindestversicherungsdauer kündigen.

Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen oder Tarife dieses Bausteins beschränkt werden.

(3) Ihre weiteren Rechte zur Kündigung oder Aufhebung

Ihre weiteren Rechte zur Kündigung oder Aufhebung des Vertrags nach Ziffer 1.9.3 Absätze 3 bis 5 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gelten unverändert.

Teil B - Pflichten für alle Bausteine - Private Krankenversicherung

Hier finden Sie die übergreifenden Pflichten und Obliegenheiten, die für alle Bausteine aus Teil A gelten. Geregelt werden auch die Folgen von Pflicht- und Obliegenheitsverletzungen.

Welche besonderen Obliegenheiten in Bezug auf den jeweiligen Baustein beachtet werden müssen, finden Sie in Teil A.

1. Vorvertragliche Anzeigepflicht

Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

(1) Anzeigepflicht

a) Gegenstand der Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Die Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform stellen.

b) Zurechnung der Kenntnis Dritter Personen

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet, werden Ihnen Kenntnis und Arglist dieser Person zugerechnet.

(2) Nachteilige Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung

a) Unsere Rechte bei Anzeigepflichtverletzung

Die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht ergeben sich aus §§ 19 bis 22 und §§ 194 Absatz 1 Satz 3, 206 Absatz 1 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir

- vom Vertrag zurücktreten,
- von unserer Leistungspflicht frei sein,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

b) Frist für die Ausübung unserer Rechte

Wenn seit dem Abschluss des Vertrags mehr als 3 Jahre verstrichen sind, erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung. Das gilt nicht, wenn wir von einer Anzeigepflichtverletzung durch einen Versicherungsfall Kenntnis erlangt haben, der vor Ablauf dieser Frist eingetreten ist. Die Frist nach Satz 1 beträgt 10 Jahre, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden ist.

Unser Recht zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung erlischt, wenn seit der Abgabe Ihrer Vertragserklärung 10 Jahre verstrichen sind.

(3) Ihr Kündigungsrecht bei Vertragsänderung

Wenn wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 Prozent erhöhen oder die Gefahrsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen, können Sie den Vertrag nach Maßgabe von § 19 Absatz 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) kündigen.

Bei einer Krankheitskosten-Versicherung, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) dient, setzt die Kündigung voraus, dass für die →versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt.

Die Kündigung wird nur wirksam, wenn Sie uns innerhalb von 2 Monaten nach Ihrer Kündigungserklärung nachweisen, dass die versicherte Person bei dem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist. Wenn der Zeitpunkt, zu dem Sie die Kündigung ausgesprochen haben, mehr als 2 Monate nach Ihrer Kündigungserklärung liegt, müssen Sie den Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbringen.

(4) Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

(5) Formerfordernisse

Unsere Ausübung des Rechts auf Rücktritt, Kündigung, Anfechtung oder Vertragsänderung bedarf der →Schriftform. Die Ausübung des Rechts per Fax oder per E-Mail erfüllt die Schriftform nicht.

Ihre Kündigungserklärung nach Absatz 3 bedarf der Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail).

2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
- 2.2 Was gilt, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- 2.3 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- 2.4 Welche Besonderheiten gelten bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskosten-Versicherung?

2.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Zahlungsperiode

Die Beiträge für Ihre Versicherung müssen Sie als laufende Monatsbeiträge zahlen.

(2) Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

a) Erster Beitrag

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen. Wenn Sie mit uns vereinbart haben, dass die Versicherung erst später beginnen soll, wird der Beitrag erst zu diesem Zeitpunkt fällig.

b) Folgebeiträge

Die Folgebeiträge sind jeweils am Monatsersten fällig, wenn nichts anderes vereinbart ist.

(3) Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn Sie bei Fälligkeit unverzüglich alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht.

Wenn vereinbart ist, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), ist die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn

- wir den Beitrag bei Fälligkeit einziehen können und
- der Kontoinhaber einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies nicht zu vertreten haben, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich erfolgt, nachdem wir Sie in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zur Zahlung aufgefordert haben.

(4) Besondere Pflicht bei Zahlung im Lastschriftverfahren

Wenn vereinbart ist, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), muss uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt werden. Wir können verlangen, dass dieses in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) erteilt wird.

(5) Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens bei fehlgeschlagenem Einzug

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies zu vertreten haben, können wir für die Zukunft verlangen, dass Zahlungen nur noch außerhalb des Lastschriftverfahrens erfolgen.

(6) Übermittlungsrisiko

Die Übermittlung des Beitrags erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

2.2 Was gilt, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Gefährdung des Versicherungsschutzes

a) Beginn des Versicherungsschutzes

Der Beginn des Versicherungsschutzes ist von der rechtzeitigen Zahlung des Beitrags abhängig (siehe Teil C Ziffer 1).

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.1 Absatz 2 a) zahlen, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen.

b) Leistungsfreiheit

Wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen und auch bis zum Eintritt eines Versicherungsfalls nicht gezahlt haben, sind wir für diesen Versicherungsfall nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Ihre Zahlung unverschuldet unterblieben ist.

Wir leisten jedoch zumindest für einen Teil des Versicherungsfalls, wenn dies in den Allgemeinen Regelungen zum Baustein (Ziffer 1) oder in den Tarifbedingungen (Ziffer 2) in Teil A geregelt ist.

Auf unsere Leistungsfreiheit können wir uns nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags hingewiesen haben.

(2) Unser Rücktrittsrecht

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange Sie die Zahlung nicht bewirkt haben. Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

2.3 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Verzug

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.1 Absatz 2 b) zahlen, geraten Sie ohne weitere Zahlungsaufforderung in Verzug, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Wir sind berechtigt, Ersatz des Schadens zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist.

(2) Fristsetzung

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens 2 Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn wir darin den rückständigen Beitrag, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Absätzen 3 bis 5 mit dem Fristablauf verbunden sind.

(3) Kein Versicherungsschutz bei erfolglosem Fristablauf

Für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintreten, besteht kein Versicherungsschutz, wenn

- Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalls noch mit der Zahlung von Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden und
- wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(4) Unser Kündigungsrecht bei erfolglosem Fristablauf

Wenn Sie nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist noch immer mit Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug sind, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Wenn Sie bei Ablauf der Frist noch immer mit der Zahlung von Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug sind, wird die Kündigung dann automatisch wirksam. Hierauf werden wir Sie bei Kündigung ausdrücklich hinweisen.

(5) Fortbestand des Vertrags, wenn Sie den angemahnten Betrag nachzahlen

Unsere Kündigung wird unwirksam und der Vertrag besteht fort, wenn Sie den angemahnten Betrag innerhalb eines Monats nachzahlen. Die Monatsfrist beginnt mit der Kündigung oder, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, mit Ablauf der Zahlungsfrist.

Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Nachzahlung eintreten, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

2.4 Welche Besonderheiten gelten bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskosten-Versicherung?

(1) Erste Mahnung bei Beitragsrückstand

Wenn Sie bei einer Krankheitskosten-Versicherung, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz - VVG) dient, einen Beitragsrückstand in Höhe von 2 Monatsbeiträgen haben, gilt Folgendes:

- Sie erhalten auf Ihre Kosten eine Mahnung.
- Für jeden angefangenen Monat des Rückstands sind ein Säumniszuschlag von einem Prozent des Beitragsrückstands sowie Mahnkosten zu zahlen.

(2) Zweite Mahnung bei Zahlungsrückstand

Wir mahnen Sie ein zweites Mal, wenn der Zahlungsrückstand (Beitragsrückstand und offene Säumniszuschläge) 2 Monate nach Zugang unserer Mahnung noch höher ist als der Beitragsanteil für einen Monat. Dabei weisen wir auf das mögliche Ruhen des Vertrags hin.

(3) Ruhen des Vertrags bei Zahlungsrückstand

Wenn ein Monat, nachdem Sie unsere zweite Mahnung erhalten haben, weiterhin ein Zahlungsrückstand (Beitragsrückstand und offene Säumniszuschläge) besteht, gilt Folgendes:

- Der Vertrag ruht ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats.
- Solange der Vertrag ruht, gilt die →versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Dies setzt voraus, dass der Zahlungsrückstand nach Satz 1 höher ist als der Beitragsanteil für einen Monat. Wenn das nicht der Fall ist, ruht der Vertrag nicht und er gilt unverändert fort.

(4) Kein Ruhen bei Schuldenausgleich oder Hilfebedürftigkeit

Das Ruhen des Vertrags tritt nicht ein oder endet,

- wenn Sie alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile einschließlich Säumniszuschläge und Beitreibungskosten gezahlt haben oder

- wenn Sie hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB XII) sind oder werden oder
- für die →versicherte Person, wenn diese hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB XII) ist oder wird.

Sie müssen uns die Hilfebedürftigkeit durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB XII) nachweisen. Wir können in angemessenen Abständen verlangen, dass Sie uns eine neue Bescheinigung vorlegen.

(5) Fortsetzung der Versicherung nach dem Ruhen des Vertrags

Wenn das Ruhen des Vertrags nach Absatz 4 nicht eingetreten ist, gilt er unverändert fort. Wenn aber das Ruhen des Vertrags eingetreten ist und es später nach Absatz 4 durch Ausgleich der Schulden oder wegen Hilfebedürftigkeit endet, gilt Folgendes:

- Der Vertrag wird in dem Tarif fortgesetzt, in dem die →versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert gewesen ist.
- Wenn das Ruhen durch den Ausgleich der Schulden endet, erfolgt diese Fortsetzung zum Beginn des zweiten Monats, der auf das Ende des Ruhens folgt. Wenn das Ruhen wegen ihrer Hilfebedürftigkeit endet, erfolgt die Fortsetzung ab dem Eintritt der Hilfebedürftigkeit.
- In beiden Fällen stellen wir die versicherte Person so, wie sie vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) gestanden hat. Das gilt nicht für die Anteile der →Alterungsrückstellung, die während der Ruhenszeit verbraucht worden sind.
- Beitragsanpassungen und Änderungen der Versicherungsbedingungen, die wir während des Ruhens des Vertrags vorgenommen haben, gelten ab dem Tag der Fortsetzung.

3. Rechtsfolgen bei Obliegenheitsverletzungen

Inhalt dieses Abschnitts:

- 3.1 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?**
- 3.2 Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zugerechnet?**

3.1 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

(1) Nachteilige Auswirkungen auf unsere Leistungspflicht

Wenn Sie eine →Obliegenheit verletzen, kann dies dazu führen, dass wir nicht oder nur teilweise leistungspflichtig sind. Im Einzelnen gilt:

- Wenn Sie die Obliegenheit vorsätzlich verletzen, sind wir nicht leistungspflichtig.
- Wenn Sie die Obliegenheit grob fahrlässig verletzen, sind wir berechtigt, die Versicherungsleistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere des Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

Auch im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit bleiben wir insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

(2) Unser Kündigungsrecht

Wenn Sie eine →Obliegenheit aus diesem Vertrag verletzen, die Sie vor Eintritt des Versicherungsfalls erfüllen müssen, können wir zusätzlich zu den in Absatz 1 genannten Rechten den Vertrag frist-

los kündigen. Die Kündigung können wir nur innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Verletzung Kenntnis erlangt haben, erklären.

Die Kündigung ist ausgeschlossen,

- wenn Sie nachweisen, dass die Obliegenheitsverletzung weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist oder
- wenn es sich um eine Krankheitskosten-Versicherung handelt, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) dient.

3.2 Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zugerechnet?

Die Kenntnis und das Verhalten der →versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich. Die →Obliegenheiten müssen deshalb nicht nur von Ihnen erfüllt werden, sondern auch von der versicherten Person.

Teil C - Allgemeine Regelungen - Private Krankenversicherung

Hier befindet sich die allgemeine Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie finden hier außerdem allgemeine Regelungen zur Durchführung Ihres Vertrags.

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Grundsatz

Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie den ersten Beitrag rechtzeitig im Sinne von Teil B Ziffer 2.1 Absatz 2 a) zahlen.

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen (siehe Teil B Ziffer 2.2 Absatz 1).

(2) Wartezeiten

Wenn Wartezeiten vereinbart sind, beginnt der Versicherungsschutz erst mit deren Ablauf.

(3) Versicherungsfälle vor Beginn des Versicherungsschutzes

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

Wir leisten jedoch für den Teil des Versicherungsfalles, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt, wenn dies in den Allgemeinen Regelungen zum Baustein (Ziffer 1) oder in den Tarifbedingungen (Ziffer 2) in Teil A geregelt ist.

(4) Erweiterung des Versicherungsschutzes

Wenn Sie den Versicherungsschutz nachträglich erweitern, gelten die Absätze 1 bis 3 auch für diese Erweiterung des Versicherungsschutzes.

2. Versicherung für fremde Rechnung

Was gilt bei einer Versicherung für fremde Rechnung?

(1) Rechte aus dem Vertrag

Wenn Sie den Vertrag im eigenen Namen für einen anderen schließen (Versicherung für fremde Rechnung), können ausschließlich Sie als →Versicherungsnehmer die Rechte aus dem Vertrag ausüben. Dies gilt auch dann, wenn die →versicherte Person den Versicherungsschein besitzt.

(2) Leistungsempfänger

Grundsätzlich sind allein Sie berechtigt, die Versicherungsleistung in Empfang zu nehmen.

Sie können jedoch die →versicherte Person uns gegenüber in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) als empfangsberechtigt für die Versicherungsleistungen benennen. In diesem Fall ist allein die versicherte Person berechtigt, ihre Versicherungsleistung in Empfang zu nehmen. Sie können die Empfangsberechtigung widerruflich oder unwiderruflich erteilen.

(3) Kenntnis und Verhalten der versicherten Person

Die Kenntnis und das Verhalten der →versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich. Das bedeutet beispielsweise, dass die →Obliegenheiten nicht nur von Ihnen zu erfüllen sind, sondern auch von der versicherten Person.

Auf die Kenntnis der versicherten Person kommt es nicht an, wenn

- der Vertrag ohne ihr Wissen abgeschlossen worden ist oder
- es ihr nicht möglich oder zumutbar war, Sie rechtzeitig zu benachrichtigen.

Auf die Kenntnis der versicherten Person kommt es dagegen an,

- wenn Sie den Vertrag ohne Auftrag der versicherten Person geschlossen und
- uns bei Abschluss des Vertrags nicht darüber informiert haben.

3. Deutsches Recht

Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?

Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.

4. Beschwerdemöglichkeiten

Welche Beschwerdemöglichkeiten gibt es?

Ihnen stehen die nachfolgend genannten Beschwerdemöglichkeiten zur Verfügung:

(1) Beschwerde bei uns oder Ihrem Vermittler

Sollten Sie nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte gerne an uns. Weitere Informationen hierzu sowie Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter www.allianz.de/service/beschwerde/. Sie können Ihre Beschwerde auch an Ihren Versicherungsvermittler richten.

(2) Beschwerde beim Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Sie haben auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung durchzuführen (Anschrift: Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, Website: www.pkv-ombudsmann.de). Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dieser Schlichtungsstelle teil. An den Ombudsmann können sich Versicherungsnehmer und Versicherte mit Beschwerden über ihren privaten Kranken- und Pflegeversicherer oder Beschwerden über den Versicherungsvermittler im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen wenden. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen Schlichtungsvorschlag.

Sofern Sie als Verbraucher den Versicherungsvertrag auf elektronischem Wege (z.B. über eine Website oder via E-Mail) geschlossen haben, können Sie für Ihre Beschwerde auch die von der Europäischen Kommission eingerichtete Online-Streitbeilegungsplattform (Website: www.ec.europa.eu/consumers/odr/) nutzen. Ihre Beschwerde wird von dort an den Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

(3) Beschwerde bei der Versicherungsaufsicht

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de, Website: www.bafin.de. Im Fall einer Beschwerde können Sie sich auch an diese wenden.

(4) Rechtsweg

Unabhängig von der Beschwerde haben Sie immer auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

5. Zuständiges Gericht

Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

(1) Zuständiges Gericht für Ihre Klagen

Sie können aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung bei dem Gericht Klage erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

Alternativ können Sie bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn der →Versicherungsnehmer eine juristische Person (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft) ist, kann das zuständige Gericht auch der Sitz der Personengesellschaft sein.

sellschaft oder eine Kommanditgesellschaft) ist, bestimmt sich das zuständige deutsche Gericht nach seinem Geschäftssitz.

Wenn nach dem Gesetz weitere Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

(2) Zuständiges Gericht für unsere Klagen

Wir können aus dem Versicherungsvertrag bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn der →Versicherungsnehmer eine juristische Person (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft) ist, bestimmt sich das zuständige deutsche Gericht nach seinem Geschäftssitz.

Wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung weder Ihr Wohnsitz noch Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort bekannt sind, können wir Klage bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet. Dies gilt entsprechend, wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person oder eine parteifähige Personengesellschaft ist und sein Geschäftssitz unbekannt ist.

(3) Versicherungsnehmer außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz

Wenn Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegen, können sowohl Sie als auch wir Klage aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

(4) Schädigendes Ereignis im Ausland

Wenn Sie bei Vertragsabschluss Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben und ein versichertes schädigendes Ereignis im Ausland eintritt, können Klagen in diesem Zusammenhang ausschließlich vor einem deutschen Gericht erhoben werden.

Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben, ergeben sich die zuständigen deutschen Gerichte aus den Absätzen 1 und 2.

Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz nicht in Deutschland haben, können Klagen bei dem Gericht erhoben werden, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

Wenn nach dem Gesetz weitere deutsche Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

6. Verjährung

Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?

(1) Verjährungsfrist und maßgebliche gesetzliche Regelungen

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren gemäß § 195 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in 3 Jahren. Einzelheiten zu Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung sind in §§ 195 bis 213 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) geregelt.

(2) Hemmung der Verjährung während unserer Leistungsprüfung

Wenn ein Anspruch aus dem Vertrag bei uns angemeldet wurde, ist dessen Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen oder dem Anspruchsteller unsere Entscheidung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zugeht.

7. Aufrechnung

Was gilt bei Aufrechnung uns gegenüber?

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Erläuterung von Fachausdrücken

Hier erläutern wir Ihnen Fachausdrücke, die wir in den Versicherungsbedingungen für die Private Krankenversicherung verwenden. Möglicherweise sind nicht alle erläuterten Fachausdrücke in Ihren Versicherungsbedingungen enthalten.

Alterungsrückstellung.

Die Bildung einer Alterungsrückstellung ist gesetzlich geregelt. Sie beruht auf dem Gedanken, dass die Risikobeiträge mit zunehmendem Alter wegen der erhöhten Krankheitsanfälligkeit eigentlich kontinuierlich steigen müssten. Um das zu vermeiden, werden die Beiträge - soweit Ihr Baustein die Bildung einer Alterungsrückstellung vorsieht - in den ersten Jahren höher als der aktuelle Risikobeitrag kalkuliert (Ansparphase). Dieser sogenannte Sparbeitrag führt im wesentlichen zur Bildung einer Alterungsrückstellung. In dem Umfang, in dem eine Alterungsrückstellung in der Ansparphase angesammelt worden ist, wird in den späteren Jahren, in denen der Beitrag geringer als der erforderliche Risikobeitrag ist, der Fehlbetrag aus der Alterungsrückstellung genommen (Entsparphase). In diesem Umfang sind somit Beitragserhöhungen wegen des Alterwerdens der versicherten Person ausgeschlossen.

Anwartschaftsversicherung.

Sie kann für bestimmte Lebensumstände abgeschlossen werden und ermöglicht die Umstellung des Versicherungsschutzes auf den vereinbarten Tarif nach den vertraglichen Vereinbarungen; unter anderem bei fristgerechtem Antrag ohne erneute Risikoprüfung. Die Anwartschaftsversicherung ist beitragspflichtig. Während der Anwartschaftsversicherung besteht jedoch kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

Beobachtungseinheit.

Das ist ein gesetzlicher Begriff. Er ist maßgeblich für die Beitragskalkulation. Was als Beobachtungseinheit anzusehen ist, richtet sich nach Risikogesichtspunkten und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

Card für Privatversicherte ("AllianzCard").

Sie ist ein Krankenhausausweis, den wir unseren Kunden mit ständigem Wohnsitz in Deutschland - abhängig vom vereinbarten Versicherungsschutz - aushändigen. Die "AllianzCard" enthält eine prozentuale Leistungszusage für stationäre Heilbehandlung und hat im ambulanten Bereich eine reine Ausweisfunktion. Wenn das Krankenhaus an dem Direktabrechnungsverfahren teilnimmt, rechnen wir die Unterkunftskosten unmittelbar mit dem Rechnungssteller ab. Legen Sie dazu einfach Ihre "AllianzCard" im Krankenhaus vor. Das Direktabrechnungsverfahren erfasst nicht die Erstattung von Rechnungen für behandelnde Ärzte. Reichen Sie uns diese gesondert zur Regulierung ein.

Eintrittsalter.

Das Eintrittsalter bezeichnet das erreichte Lebensalter der versicherten Person bei Eintritt in den jeweiligen Tarif. Anhand dieses Alters wird der Beitrag kalkuliert.

Gruppenversicherungsvertrag.

Ein Vertrag, den wir mit einem Unternehmen oder einer Organisation (zum Beispiel Verband, Vereinigung, Gesellschaft) abgeschlossen haben. Der Gruppenversicherungsvertrag regelt unter anderem, wer versichert werden kann (zum Beispiel Mitarbeiter eines Unternehmens, Mitglieder eines Vereins), und die besonderen Vertragsinhalte, insbesondere welche speziellen Konditionen gelten oder zu welchen Bedingungen weitere Personen (zum Beispiel Familienangehörige) versichert werden können.

Karenzzeit.

Als Karenzzeit bezeichnet man den Zeitraum zwischen der ersten ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und dem tariflich vorgesehenen Leistungsbeginn. Während der Karenzzeit besteht kein Anspruch auf Leistungen.

Kollektivvertrag.

Ein Vertrag, den wir mit einem Unternehmen oder einer Organisation (zum Beispiel Verband, Vereinigung, Gesellschaft) abgeschlossen haben. Der Kollektivvertrag regelt unter anderem, wer versichert werden kann (zum Beispiel Mitarbeiter eines Unternehmens, Mitglieder eines Vereins), und die besonderen Vertragsinhalte, ins-

besondere welche speziellen Konditionen gelten oder zu welchen Bedingungen weitere Personen (zum Beispiel Familienangehörige) versichert werden können.

Krankengeld.

Eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung als Ersatz für einen Verdienstausfall bei Arbeitsunfähigkeit. Sie steht gesetzlich Versicherten nach den gesetzlichen Vorschriften und vertraglichen Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu.

Mindestversicherungsdauer.

Während dieser Zeit ist für beide Vertragsparteien eine ordentliche Kündigung vertraglich ausgeschlossen.

Obliegenheit.

Es handelt sich um eine verhaltensbezogene Pflicht des Versicherten, die vertraglich zwischen uns und Ihnen vereinbart wird. Bei einer Verletzung dieser Pflicht treten nachteilige Folgen ein, die an § 28 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) anknüpfen und in den Versicherungsbedingungen beschrieben sind.

Produktgruppe UNI.

Zur Produktgruppe UNI gehören Tarife, bei denen die Berücksichtigung des Geschlechts bei der Beitragsberechnung nicht zu unterschiedlichen Beiträgen und Leistungen führt. Wenn der Tarif zur Produktgruppe UNI gehört, haben wir dies in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) ausdrücklich angegeben.

Für Tarife der Produktgruppe UNI gelten außerdem teilweise andere vertragliche Regelungen als für die sonstigen Tarife. Auch dies haben wir in den Versicherungsbedingungen entsprechend kenntlich gemacht.

Risikoprüfung.

Sie dient vor allem einer realistischen Einschätzung des zu versichernden Risikos. Es werden die Umstände geprüft, die nach unseren Erkenntnissen für die Übernahme und finanzielle Bewertung des Risikos maßgeblich sind.

Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.

Von den erwirtschafteten Überschüssen aus dem Versicherungsgeschäft wird ein Teil der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) zugeführt. Daraus werden nach den gesetzlichen Vorschriften Gelder entnommen und als erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung an die Kunden gezahlt (unser Bonus-Programm). In den Versicherungsbedingungen und dem Merkblatt zur erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung sind die Voraussetzungen für die Zahlungen geregelt.

Schriftform.

Schriftform bedeutet grundsätzlich, dass eine eigenhändig unterzeichnete Erklärung erforderlich ist. Für die Unterzeichnung ist die Unterschrift mit dem Namen am Ende der Erklärung notwendig. Dies dient Ihrer und unserer Rechtssicherheit.

schriftlich.

Die Erklärung muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeigneten Weise abgegeben sein. Hierfür kommen zum Beispiel Brief, Fax oder E-Mail in Betracht. Es müssen die Person des Erklärenden genannt und der Abschluss der Erklärung erkennbar gemacht sein.

schwebender Versicherungsfall.

Der Versicherungsfall ist je Baustein in den Allgemeinen Regelungen oder in den Tarifbedingungen vertraglich vereinbart. Ein schwebender Versicherungsfall liegt vor, wenn ein Versicherungsfall eingetreten, aber noch nicht beendet ist.

substitutiv.

Eine Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder

Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (§ 195 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz - VVG).

technische Berechnungsgrundlagen.

Ein Sammelbegriff für die Gesamtheit aller Unterlagen und Daten, die wir der Beitragskalkulation zugrunde legen.

Treuhänder.

Die Einbindung eines Treuhänders ist gesetzlich vorgeschrieben. Besondere Bedeutung haben Treuhänder, wenn es um eine erforderliche Vertragsänderung (wie die Anpassung von Versicherungsbedingungen oder Beiträgen) geht. Zum Treuhänder kann nur bestellt werden, wer fachlich geeignet und vom Versicherungsunternehmen unabhängig ist. Der Treuhänder ist gegenüber der Aufsichtsbehörde benannt.

Übertragungswert.

Die Höhe der Alterungsrückstellung, die bei einem Versicherungswechsel in der substitutiven Krankheitskosten-Versicherung nach gesetzlichen Vorschriften vom bisherigen Krankenversicherer auf den neu gewählten Versicherer übertragen werden kann.

versicherte Person.

Die Person, die vereinbarungsgemäß unmittelbar unter den Versicherungsschutz des Versicherungsvertrags fällt. Sie wird im Versicherungsschein angegeben.

Versicherungsfähigkeit.

Eine in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) geregelte, personen-gebundene Eigenschaft. Sie muss von der versicherten Person während der Versicherung erfüllt werden. Ihr Wegfall führt dazu, dass die versicherte Person nicht mehr in dem Tarif versichert bleiben kann.

Versicherungsnehmer.

Unser Partner des Versicherungsvertrags. Die Versicherungsbedingungen wenden sich deshalb an den Versicherungsnehmer.