Zahn-Zusatzversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: ERGO Krankenversicherung AG, Deutschland

Produkt: Dental-Schutz Tarife DS75, DS90, DS100

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz.
Diese Informationen sind nicht abschließend. Der Vertragsinhalt ergibt sich aus folgenden Unterlagen:

- Ihrem Antrag,
- dem Versicherungsschein und ggf. weiteren schriftlichen Vereinbarungen,
- den Versicherungsbedingungen.

Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Zahnersatzversicherung für gesetzlich Krankenversicherte.

Was ist versichert?

Versichert sind Aufwendungen für

- ✓ medizinisch notwendige Zahnersatzmaßnahmen, die nach Vertragsschluss erstmals angeraten und durchgeführt werden,
- ✓ Schmerzausschaltung (z. B. Narkose) im unmittelbaren Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen, kieferorthopädischen oder kieferchirurgischen Heilbehandlung.
- ✓ Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Dritter werden angerechnet.
- ✓ Zusammen mit diesen Leistungen erhalten Sie in Tarif DS75
  - 75 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen bei Zahnersatzmaßnahmen mit privatärztlicher Versorgung und Schmerzausschaltung,
  - 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen bei Zahnersatzmaßnahmen mit kassenärztlicher Regelversorgung bzw. bei Unfall.
- ✓ Mit dem Zusatztarif DS90
  - erhöhen Sie Ihren Versicherungsschutz gegenüber dem Grundtarif DS75 auf 90 Prozent bei Zahnersatzmaßnahmen mit privatärztlicher Versorgung und Schmerzausschaltung.
- ✓ Mit dem Zusatztarif DS100
  - erhöhen Sie Ihren Versicherungsschutz gegenüber dem Grundtarif DS75 und dem Zusatztarif DS90 auf 100 Prozent bei Zahnersatzmaßnahmen mit privatärztlicher Versorgung und Schmerzausschaltung,
  - erhalten Sie 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche bzw. zahnärztliche Gebühren bis zum 5,0-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte,
  - erhalten Sie eine Fahrkostenpauschale von 50 Euro nach zahnmedizinisch bedingter Vollnarkose und Sedierung.
- ✓ Zahnersatzmaßnahmen sind u. a. Kronen, Teilkronen, Overlays, Veneers, Einlagefüllungen, Brücken, Prothesen, implantatgetragener Zahnersatz, Implantate, Verblendungen.
- ✓ Maximal erhalten Sie zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Versicherer 100 Prozent der erstattungsfähigen Kosten.

Was ist nicht versichert?

- ✗ Bei Vertragsschluss oder vor Versicherungsbeginn bereits angeratene oder begonnene Behandlungen.
- ✗ Bei Vertragsschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne.
- ✗ Zahnerhaltmaßnahmen (wie z. B. Knirscherschienen; Kunststofffüllungen; Vorsorge- und Prophylaxe-Maßnahmen wie u. a. Mundhygiene, Fissurenversiegelung, Fluoridbehandlung, Parodontosebehandlung, professionelle Zahnreinigung) und Kieferorthopädiemaßnahmen.
- ✗ Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Innerhalb der ersten vier Jahre ist die Versicherungsleistung beschränkt. Die maximale Gesamtleistung beträgt je versicherter Person:
  - im ersten Versicherungsjahr 500 Euro im Tarif DS75 und jeweils 250 Euro in den Tarifen DS90 und DS100;
  - in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen 1.000 Euro im Tarif DS75 und zusammen 500 Euro jeweils in den Tarifen DS90 und DS100;
  - in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen 1.500 Euro im Tarif DS75 und zusammen 750 Euro jeweils in den Tarifen DS90 und DS100;
  - in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen 2.000 Euro im Tarif DS75 und zusammen 1.000 Euro jeweils in den Tarifen DS90 und DS100.
- ! Im Rahmen der Tarife DS75 und DS90 sind die Aufwendungen erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen liegen.
- ! Zahnersatzmaßnahmen, für die Leistungen vereinbart sind, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen. In diesem Fall wird unsere Leistung auf den angemessenen Betrag herabgesetzt.
- ! Weitere Einschränkungen können sich ergeben
  - bei Aufenthalten im Ausland,
  - bei Verletzung von Obliegenheiten,
  - bei einem Beitragsrückstand.

Wo bin ich versichert?

- ✓ Ihr Versicherungsschutz besteht in Deutschland.
- ✓ Bei vorübergehenden Aufenthalten in anderen Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) sowie in der Schweiz haben Sie ebenfalls Versicherungsschutz. Dies gilt entsprechend bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat der EU bzw. des EWR.
- ✓ In Staaten außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Reichen Sie sämtliche Rechnungen und Belege mit Erstattungsvermerk der gesetzlichen Krankenkasse ein.
- Zur Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir ggf. Auskünfte von der versicherten Person. Diese ist verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben.

Wann und wie zahle ich?

Die vereinbarten Beiträge sind ab Vertragsbeginn zu bezahlen. Der erste Beitrag ist sofort nach Abschluss des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, ist im Versicherungsschein genannt. Je nach Vereinbarung kann das monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein.

Sie können uns den Beitrag überweisen oder uns ermächtigen, den Beitrag von Ihrem Konto einzuziehen.

Wann beginnt und wann endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages. Bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung entfällt die Leistungspflicht.

Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung der Versicherung. Dies gilt auch für Versicherungsfälle, die zu diesem Zeitpunkt noch andauern. Die Versicherung endet u. a. bei

- Beendigung der Versicherung in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung,
- Kündigung,
- Tod der versicherten Person,
- Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR.

Endet der Versicherungsschutz für den Grundtarif DS75, endet gleichzeitig auch der Versicherungsschutz für die Zusatztarife DS90 und DS100. Endet der Versicherungsschutz für den Zusatztarif DS90, endet gleichzeitig auch der Versicherungsschutz für den Zusatztarif DS100.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen. Der Zusatztarif DS100 kann auch einzeln gekündigt werden. Der Zusatztarif DS90 kann auch einzeln, bei gleichzeitiger Versicherung nach Zusatztarif DS100 mit diesem zusammen gekündigt werden. Ihre Kündigung muss in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Kündigen Sie die Versicherung einer mitversicherten Person, wird die Kündigung nur und erst dann wirksam, wenn die versicherte Person Kenntnis von der Kündigungserklärung erlangt hat.

Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie ein Sonderkündigungsrecht. Zum Beispiel wenn sich die Beiträge erhöhen.

Zahn-Zusatzversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: ERGO Krankenversicherung AG, Deutschland

Produkt: Dental-Vorsorge Premium Tarife DVB, DVE

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz.
Diese Informationen sind nicht abschließend. Der Vertragsinhalt ergibt sich aus folgenden Unterlagen:

- Ihrem Antrag,
- dem Versicherungsschein und ggf. weiteren schriftlichen Vereinbarungen,
- den Versicherungsbedingungen.

Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Zahnerhaltversicherung für gesetzlich Krankenversicherte.

Was ist versichert?

- ✓ Versichert sind medizinisch notwendige Zahnerhaltmaßnahmen, die nach Vertragsschluss erstmals angeraten und durchgeführt werden.
- ✓ Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Dritter werden angerechnet.
- ✓ Zusammen mit diesen Leistungen erhalten Sie in Tarif DVB
  - 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen bei Zahnerhaltmaßnahmen,
  - 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für eine zahnmedizinische Individualprophylaxemaßnahme je Versicherungsjahr,
  - 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für Kieferorthopädiemaßnahmen, bis zu einem Betrag von insgesamt höchstens 1.000 Euro während der Vertragslaufzeit. Diese Begrenzung gilt nicht bei unfallbedingten Aufwendungen.
- ✓ Mit dem Zusatztarif DVE erhalten Sie 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für
  - weitere zahnmedizinische Individualprophylaxemaßnahmen,
  - Kieferorthopädiemaßnahmen bis zu einem Betrag von weiteren insgesamt höchstens 1.000 Euro während der Vertragslaufzeit,
  - Protrusionsschienen („Schnarcherschienen“) sowie zahnaufhellende Maßnahmen (Bleaching) innerhalb der ersten zwei Versicherungsjahre zusammen höchstens 100 Euro, danach innerhalb der jeweils nachfolgenden zwei Versicherungsjahre zusammen höchstens 250 Euro,
  - ärztliche bzw. zahnärztliche Gebühren bis zum 5,0-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte, außer für zahnmedizinische Individualprophylaxemaßnahmen.
- ✓ Als Zahnerhaltmaßnahmen gelten Kunststofffüllungen (Kompositfüllungen), Knirscherschienen, Wurzel-, Parodontose-, Schleimhautbehandlungen und die damit jeweils verbundenen zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien sowie die damit jeweils verbundenen funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen.
- ✓ Maximal erhalten Sie zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Versicherer 100 Prozent der erstattungsfähigen Kosten.

Was ist nicht versichert?

- ✗ Bei Vertragsschluss oder vor Versicherungsbeginn bereits angeratene oder begonnene Behandlungen.
- ✗ Bei Vertragsschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne.
- ✗ Kieferorthopädiemaßnahmen, wenn die versicherte Person bei Beginn der Maßnahme das 18. Lebensjahr bereits vollendet hat, außer die Maßnahme erfolgt aufgrund eines Unfalls.
- ✗ Zahnersatzmaßnahmen (wie z. B. Inlays, Onlays, Kronen, Brücken, Prothesen, implantologische Maßnahmen).
- ✗ Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Innerhalb der ersten drei Jahre ist die Versicherungsleistung für Kieferorthopädiemaßnahmen beschränkt. Die maximale Gesamtleistung beträgt je Tarif und je versicherter Person:
  - im ersten Versicherungsjahr 250 Euro;
  - in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens 500 Euro;
  - in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen höchstens 750 Euro.
- ! Im Rahmen des Tarifs DVB sind die Aufwendungen erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen liegen. Dies gilt auch für Individualprophylaxemaßnahmen nach Tarif DVE.
- ! Zahnerhaltmaßnahmen, für die Leistungen vereinbart sind, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen. In diesem Fall wird unsere Leistung auf den angemessenen Betrag herabgesetzt.
- ! Weitere Einschränkungen können sich ergeben
  - bei Aufenthalten im Ausland,
  - bei Verletzung von Obliegenheiten,
  - bei einem Beitragsrückstand.

Wo bin ich versichert?

- ✓ Ihr Versicherungsschutz besteht in Deutschland.
- ✓ Bei vorübergehenden Aufenthalten in anderen Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) sowie in der Schweiz haben Sie ebenfalls Versicherungsschutz. Dies gilt entsprechend bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat der EU bzw. des EWR.
- ✓ In Staaten außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Reichen Sie sämtliche Rechnungen und Belege mit Erstattungsvermerk der gesetzlichen Krankenkasse ein.
- Zur Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir ggf. Auskünfte von der versicherten Person. Diese ist verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben.

Wann und wie zahle ich?

Die vereinbarten Beiträge sind ab Vertragsbeginn zu bezahlen. Der erste Beitrag ist sofort nach Abschluss des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, ist im Versicherungsschein genannt. Je nach Vereinbarung kann das monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein.

Sie können uns den Beitrag überweisen oder uns ermächtigen, den Beitrag von Ihrem Konto einzuziehen.

Wann beginnt und wann endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages. Bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung entfällt die Leistungspflicht.

Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung der Versicherung. Dies gilt auch für Versicherungsfälle, die zu diesem Zeitpunkt noch andauern. Die Versicherung endet u. a. bei

- Beendigung der Versicherung in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung,
- Kündigung,
- Tod der versicherten Person,
- Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR.

Endet der Versicherungsschutz für den Grundtarif DVB, endet gleichzeitig auch der Versicherungsschutz für den Zusatztarif DVE.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen. Der Zusatztarif DVE kann auch einzeln gekündigt werden. Ihre Kündigung muss in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Kündigen Sie die Versicherung einer mitversicherten Person, wird die Kündigung nur und erst dann wirksam, wenn die versicherte Person Kenntnis von der Kündigungserklärung erlangt hat.

Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie ein Sonderkündigungsrecht. Zum Beispiel wenn sich die Beiträge erhöhen.

Versicherungsbedingungen für die Zahnersatzversicherung für gesetzlich Krankenversicherte ohne Gesundheitsfragen – Vertragsgrundlagen Tarife DS75, DS90, DS100

Versicherungsfall und Leistungen

1 Welche Leistungen erbringen wir und was ist nicht versichert?

2 Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls zu beachten und welche Folgen hat die Verletzung dieser Obliegenheiten?

3 An wen und wann erbringen wir die Leistung?

4 Wann können Sie einen Tarifwechsel verlangen?

Versicherungsschutz und Beitrag

5 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

6 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

7 Wann kann der Vertrag gekündigt werden bzw. wann endet der Vertrag?

Weitere Regelungen

8 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf den Vertrag beziehen?

9 An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?

10 Welches Recht gilt und welches Gericht ist zuständig?

11 Können sich Ihre Versicherungsbedingungen zukünftig ändern?

12 Wann verjähren die Ansprüche?

Versicherungsfall und Leistungen

1 Welche Leistungen erbringen wir und was ist nicht versichert?

1.1 Ihre Zahnersatzversicherung umfasst je nach dem Inhalt der vertraglichen Vereinbarung den Tarif DS75 oder die Tarife DS75, DS90 oder die Tarife DS75, DS90, DS100. Den Umfang Ihres Versicherungsschutzes entnehmen Sie Ihrem Versicherungsschein und den Vertragsunterlagen.

Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige zahnärztliche Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen.

Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für

- Zahnersatzmaßnahmen und
- Schmerzausschaltung.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn aus medizinischen Gründen keine Heilbehandlung mehr erforderlich ist. Wird eine Heilbehandlung auf eine andere Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt, so entsteht ein neuer Versicherungsfall. Voraussetzung ist, dass die Krankheit oder Unfallfolge mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt.

Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie Erstattungen Dritter werden angerechnet. Zu den Erstattungen Dritter gehören z. B. Erstattungen etwaiger anderer Zahnzusatzversicherungen.

Anrechenbare Vorleistung der GKV ist der Betrag, den die GKV als Erstattungsbetrag für die aus den Tarifen erstattungsfähigen Maßnahmen vorsieht und erbringt.
Erbringt die GKV eine für die Zahnersatzmaßnahme an sich vorgesehene Leistung nach der GKV-Festzuschuss-Richtlinie nicht, z. B. weil die Behandlung durch Zahnärzte bzw. Ärzte ohne kassenärztliche Zulassung oder im Ausland erfolgt oder bei Verzicht auf die Inanspruchnahme von Leistungen der GKV, so werden als Vorleistung der GKV pauschal 35 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen angerechnet. Eventuell zu tragende Eigenanteile wie z. B. Verwaltungskostenanteile oder Selbstbehalte mindern die anrechenbare Vorleistung nicht. Allein Leistungen der GKV begründen keinen Anspruch aus diesen Tarifen.

Versicherungsfähig und versicherbar sind nur Personen, die in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Versicherungsschutz nach dem Zusatztarif DS90 besteht nur und solange Versicherungsschutz nach dem zugehörigen Grundtarif DS75 gegeben ist. Versicherungsschutz nach dem Zusatztarif DS100 besteht nur und solange Versicherungsschutz nach dem zugehörigen Grundtarif DS75 und dem zugehörigen Zusatztarif DS90 gegeben ist.

Zahnersatzmaßnahmen

Dazu zählen

- Kronen, Teilkronen, Overlays, Veneers,
- Einlagefüllungen (Inlays, Onlays),
- Brücken,
- Prothesen,
- implantatgetragener Zahnersatz,
- Implantate,
- Verblendungen von Kronen, Teilkronen, Overlays, Einlagefüllungen, Brücken, Prothesen, implantatgetragenem Zahnersatz, jeweils bis Zahn 8 (unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit)

einschließlich

- notwendig werdender Reparaturen des Zahnersatzes zur Wiederherstellung dessen Funktionsfähigkeit,
- der Eingliederung von Provisorien,
- Aufbissbehelfen und Schienen im unmittelbaren Zusammenhang mit der Zahnersatzmaßnahme,
- vorbereitender diagnostischer, therapeutischer, funktionstherapeutischer und funktionsanalytischer Leistungen im unmittelbaren Zusammenhang mit der Zahnersatzmaßnahme,
- Knochenaufbau im unmittelbaren Zusammenhang mit der Zahnersatzmaßnahme,
- zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien, die bei den oben genannten Zahnersatzmaßnahmen anfallen.

Voraussetzung für unsere Leistung ist, dass die jeweilige Maßnahme bei bestehendem Versicherungsschutz erstmals angeraten und durchgeführt wird. Für bei Vertragsschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne (auch fehlende Milchzähne oder Nichtanlagen) besteht kein Versicherungsschutz.

Schmerzausschaltung

Dazu zählen

- Narkosen (Vollnarkosen, Sedierung),
- Akupunktur und Hypnose

zur Schmerzausschaltung. Die Aufwendungen erstatten wir unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit.

Voraussetzung ist jedoch, dass die Schmerzausschaltung bei bestehendem Versicherungsschutz im unmittelbaren Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen, kieferorthopädischen oder kieferchirurgischen Heilbehandlung erfolgt. Die Narkose muss zudem durch Narkoseärzte bzw. Zahnärzte, die Akupunktur und Hypnose durch einen Zahnarzt durchgeführt werden.

Nicht erstattungsfähig sind Zahnerhaltmaßnahmen (wie z. B. Knirscherschienen; Kunststofffüllungen; Vorsorge- und Prophylaxe-Maßnahmen wie u. a. Mundhygiene, Fissurenversiegelung, Fluoridbehandlung, Parodontosebehandlung, professionelle Zahnreinigung) und Kieferorthopädiemaßnahmen.

Tarife DS75, DS90, DS100

Die versicherte Person kann einen niedergelassenen approbierten Zahnarzt oder Arzt frei wählen. Sie kann auch Einrichtungen aufsuchen, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter vorgesehen sind, dies sind z. B. zugelassene medizinische Versorgungszentren.

Im Rahmen der Tarife DS75 und DS90 sind die Aufwendungen für erbrachte Leistungen erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen liegen und den dortigen Vorschriften entsprechen.

Besteht Versicherungsschutz nach den Tarifen DS75, DS90 und DS100, sind aus dem Tarif DS100 auch die Gebühren, die über die festgesetzten Höchstsätze der jeweils gültigen GOZ bzw. GOÄ hinausgehen, bis zum 5,0-fachen Gebührensatz (GOZ bzw. GOÄ) für die Leistungen dieser Tarife erstattungsfähig, soweit die Gebühren den dortigen Vorschriften entsprechen. Die Leistungen aus den Tarifen DS75 und DS90 werden angerechnet.

Mit dem Grundtarif DS75 sichern Sie sich:

- 75 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen einschließlich anrechenbarer Vorleistungen der GKV sowie Erstattungen Dritter, wenn hierfür vollständig oder teilweise privat(zahn)ärztliche Vergütungsanteile nach GOZ bzw. GOÄ berechnet werden (höherwertige Zahnersatzversorgung und Schmerzausschaltung).
- 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen einschließlich anrechenbarer Vorleistungen der GKV sowie Erstattungen Dritter, wenn hierfür keine privat(zahn)ärztlichen Vergütungsanteile nach GOZ bzw. GOÄ berechnet werden (Regelversorgung bei Zahnersatz).
- 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen einschließlich anrechenbarer Vorleistungen der GKV sowie Erstattungen Dritter, soweit die Aufwendungen auf einen bei bestehendem Versicherungsschutz eingetretenen Unfall zurückzuführen sind. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Mit dem Zusatztarif DS90 erhöhen Sie Ihren Versicherungsschutz gegenüber dem Grundtarif DS75 von 75 Prozent auf:

- 90 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen einschließlich den Leistungen aus dem Grundtarif DS75, einschließlich anrechenbarer Vorleistungen der GKV sowie einschließlich Erstattungen Dritter, sofern Ihre Gesamtabsicherung nach dem Grundtarif insgesamt nicht zu einer höheren Leistung führt.

Mit dem Zusatztarif DS100 erhöhen Sie Ihren Versicherungsschutz gegenüber dem Grundtarif DS75 und dem Zusatztarif DS90 von 90 Prozent auf:

- 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen einschließlich den Leistungen aus dem Grundtarif DS75 und dem Zusatztarif DS90, anrechenbarer Vorleistungen der GKV sowie Erstattungen Dritter, sofern Ihre Gesamtabsicherung nach dem Grundtarif insgesamt nicht zu einer höheren Leistung führt.
- Außerdem zahlen wir aus dem Zusatztarif DS100 eine Fahrkostenpauschale von 50 Euro nach zahnmedizinisch bedingter Vollnarkose und Sedierung. Die Leistung erfolgt, wenn aus der vorliegenden Rechnung die Durchführung einer Vollnarkose bzw. Sedierung erkennbar ist. Fahrkostenbelege sind nicht einzureichen.

Leistungsbegrenzungen in den Tarifen DS75, DS90 und DS100

Für die Leistungen aus den Tarifen DS75, DS90 und DS100 bestehen innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre jeweils Leistungsbegrenzungen. So beträgt die Gesamtleistung je versicherter Person:

In Tarif DS75

- im ersten Versicherungsjahr höchstens 500 Euro;

- in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens 1.000 Euro;
- in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen höchstens 1.500 Euro;
- in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen höchstens 2.000 Euro.

In Tarif DS90

- im ersten Versicherungsjahr höchstens 250 Euro;
- in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens 500 Euro;
- in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen höchstens 750 Euro;
- in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen höchstens 1.000 Euro.

In Tarif DS100

- im ersten Versicherungsjahr höchstens 250 Euro;
- in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens 500 Euro;
- in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen höchstens 750 Euro;
- in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen höchstens 1.000 Euro.

Für die Tarife DS75, DS90, DS100 gilt:

- Mit Ablauf des jeweiligen vierten Versicherungsjahres bestehen diese Leistungsbegrenzungen nicht mehr.
- Für Aufwendungen, die auf einen bei bestehendem Versicherungsschutz eingetretenen Unfall zurückzuführen sind, entfallen die Leistungsbegrenzungen in den ersten vier Versicherungsjahren. Werden in diesem Fall Leistungen erbracht, werden diese nicht auf die oben genannten Begrenzungen angerechnet.

1.2 Kein Versicherungsschutz besteht für:

- Zahnärztliche bzw. ärztliche Maßnahmen sowie zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen. In diesen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
- Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.
- Von Ihnen oder einer versicherten Person vorsätzlich herbeigeführte Versicherungsfälle und Unfälle einschließlich deren Folgen.

1.3 Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Beginn des jeweiligen Tarifs. In den Tarifen DS90 und DS100 endet das jeweilige erste Versicherungsjahr mit dem Versicherungsjahr des zugehörigen Grundtarifs DS75. Die Leistungen werden dabei dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung durchgeführt wurde.

1.4 Bei vorübergehenden Aufenthalten in anderen Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) sowie in der Schweiz besteht Versicherungsschutz. Wir sind jedoch höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die wir bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätten. Dies gilt entsprechend, wenn eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat der EU bzw. des EWR verlegt. Bei Aufenthalten in Staaten außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz.

1.5 Die in ausländischer Währung entstandenen Aufwendungen rechnen wir in Euro um. Maßgeblich ist der Kurs des Tages, an dem wir die Belege erhalten. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen ohne Referenzkurse gilt der Kurs nach dem jeweils neuesten Stand der „Devisenkursstatistik“. Diese veröffentlicht die Deutsche Bundesbank. Wenn die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden, so gilt dieser Kurs. Voraussetzung hierfür ist, dass Sie dies durch Bankbeleg nachweisen.

2 Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls zu beachten und welche Folgen hat die Verletzung dieser Obliegenheiten?

Ohne die Mitwirkung des Anspruchstellers können wir das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen nicht feststellen. Damit wir den Leistungsfall prüfen können, bestehen folgende Obliegenheiten:

2.1 Werden Leistungen aus den Tarifen geltend gemacht, sind in der GKV vorgesehene Leistungen sowie Erstattungsansprüche gegen Dritte in Anspruch zu nehmen. Sämtliche Belege (z. B. Zahnarztrechnung, Material- und Laborkostenrechnung etc.) sind mit Erstattungsvermerk der GKV einzureichen. Es muss ggf. auch die Höhe der Erstattungen Dritter vermerkt sein. Die Belege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person tragen. Die Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen müssen spezifiziert sein. Nachweise von Kosten für zahntechnische Leistungen sind ebenfalls einzureichen. Wir können die Vorlage von Originalbelegen verlangen. Die vorgelegten Nachweise werden unser Eigentum.

2.2 Sie und die versicherte Person müssen jede Auskunft erteilen, die zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Auf unser Verlangen muss die versicherte Person die behandelnden Zahnärzte bzw. Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbinden. Die Erhebung der Gesundheitsdaten erfolgt nur, wenn jeweils in die einzelne Datenerhebung eingewilligt wird.

Die versicherte Person muss sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Zahnarzt bzw. Arzt untersuchen lassen.

2.3 Haben Sie oder eine versicherte Person Schadensersatzansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, sind diese an uns abzutreten. Die Abtretung ist begrenzt auf die Höhe unserer Leistung. Diese Regelung ist unabhängig von einem gesetzlichen Forderungsübergang. Ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht darf ohne unsere Zustimmung nicht aufgegeben werden.
Lebt die Person, gegen die sich Ihr Ersatzanspruch richtet, mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft, können wir diesen nicht geltend machen. Maßgeblicher Zeitpunkt hierfür ist der Eintritt des Versicherungsfalls. Dies gilt nicht, wenn diese Person den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

2.4 Die versicherte Person hat nach Möglichkeit alles für ihre Genesung zu tun und Handlungen zu unterlassen, die dieser hinderlich sind.

2.5 Wir erstatten den Umständen nach gebotene Aufwendungen, die Ihnen für die Ermittlung und Feststellung unserer Leistungspflicht entstehen. Diese Kosten erstatten wir Ihnen unabhängig von den Leistungsbegrenzungen. Kosten für die Zuziehung eines Sachverständigen oder eines Beistands erstatten wir Ihnen nur dann, wenn wir Sie hierzu aufgefordert haben.

2.6 Bei Verletzung einer dieser Obliegenheiten können sich erhebliche rechtliche Nachteile ergeben. Dabei gilt:

Bei vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung geht der Leistungsanspruch verloren. Bei grob fahrlässiger Verletzung können wir die Leistung kürzen. Diese Kürzung richtet sich im Verhältnis nach der Schwere Ihres Verschuldens. Die Kürzung kann bis zur vollständigen Leistungsfreiheit führen. Wird die Obliegenheit nachweislich nicht grob fahrlässig verletzt, bleibt der Leistungsanspruch bestehen.

Ist die Verletzung der Obliegenheit nachweislich weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich, leisten wir. Wir leisten auch, wenn wir Sie nicht durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben. Bei arglistiger Obliegenheitsverletzung verlieren Sie den Leistungsanspruch in jedem Fall.

Die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person werden Ihnen zugerechnet.

3 An wen und wann erbringen wir die Leistung?

3.1 Leistungen können nur Sie als Versicherungsnehmer verlangen. Sie können jedoch uns gegenüber in Textform die versicherte Person als Empfangsberechtigten benennen. Haben Sie uns gegenüber die versicherte Person als Empfangsberechtigten benannt, kann ausschließlich die versicherte Person die Leistung verlangen. Eine Verpfändung von Leistungsansprüchen ist nicht zulässig.

3.2 Die Leistungen überweisen wir kostenfrei auf ein uns zu nennendes Konto. Bei Überweisungen in das Ausland trägt der Zahlungsempfänger das hiermit verbundene Risiko sowie die anfallenden Kosten.

3.3 Die Leistungen sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen.
Sind diese einen Monat nach Anzeige des Versicherungsfalls nicht beendet, können Sie Abschlagszahlungen bis zur Höhe der voraussichtlichen Mindestleistung verlangen. Hierbei zählt der Zeitraum nicht mit, in dem wir die Erhebungen durch ein Verschulden des Anspruchstellers nicht beenden können.

4 Wann können Sie einen Tarifwechsel verlangen?

Sie können einen Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus diesem Vertrag erworbenen Rechte verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach dem neuen Tarif erfüllt. Wir sind zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Soweit die Leistungen in dem neuen Tarif, in den die versicherte Person wechseln möchte, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, können wir für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Die Vereinbarung eines Risikozuschlags können Sie dadurch abwenden, dass Sie hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbaren.

Versicherungsschutz und Beitrag

5 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz besteht, sobald der Vertrag zustande gekommen ist, frühestens jedoch zu dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung.

6 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

6.1 Die vereinbarten Beiträge sind ab Vertragsbeginn zu zahlen. Der erste Beitrag (Erstbeitrag) wird sofort mit Zustandekommen des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zu Beginn der vereinbarten Zahlungsperiode zu zahlen.

6.2 Im Lastschriftverfahren sind Sie nur soweit zur Übermittlung ausstehender und zukünftiger Beiträge verpflichtet, wie wir Sie in Textform hierzu auffordern. Wir sind dann nicht mehr zum Beitragseinzug verpflichtet. Sie müssen im Lastschriftverfahren sicherstellen, dass wir den Beitrag am Fälligkeitstag einziehen können. Zudem darf einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen werden. Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden wiederholt nicht einziehen, ist die Zahlung rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform erteilten Zahlungsaufforderung erfolgt.

6.3 Wird kein SEPA-Mandat erteilt, erfolgt die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn Sie fristgerecht alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht. Sie übermitteln die Beiträge auf Ihre Gefahr und Kosten.

6.4 Können wir den Erstbeitrag nicht rechtzeitig einziehen oder zahlen Sie diesen nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten. Wir können dies nur solange die Zahlung nicht bewirkt ist. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Dies müssen Sie nachweisen.
Ist der Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, besteht kein Anspruch auf die Leistung. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn Sie die Nichtzahlung nachweislich nicht zu vertreten haben. Haben Sie uns ein SEPA-Mandat erteilt, besteht auch bei Nichtzahlung des Erstbeitrags Versicherungsschutz. Dies gilt nicht, wenn die Bank den Einzug des Beitrags zum Fälligkeitstag mangels Kontodeckung nicht durchgeführt hätte.

6.5 Können wir einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig einziehen oder zahlen Sie diesen nicht rechtzeitig, erhalten Sie eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Frist von mindestens zwei Monaten. Begleichen Sie den Rückstand nicht fristgerecht, können wir den Vertrag kündigen. Tritt der Versiche-

rungsfall nach Fristablauf ein und waren Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Beitragszahlung in Verzug, sind wir leistungsfrei. Auf die Rechtsfolgen weisen wir Sie im Mahnschreiben umfassend hin. Die Kündigung können wir für den Fall der Nichtzahlung der Beiträge bereits im Mahnschreiben erklären.

6.6 Nur soweit ein Anspruch von Ihnen gegen uns anerkannt oder rechtskräftig festgestellt ist, können Sie mit diesem gegen unsere Beitragsforderungen aufrechnen.

6.7 Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie Ihrem jeweils gültigen Versicherungsschein. Er richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person bei Eintritt in den jeweiligen Tarif (Eintrittsalter). Das Eintrittsalter ist die Anzahl der bei Vertragsbeginn vollendeten Lebensjahre. Für Personen, die das 21., 26., 31., 41., 51., 61., 71., 81. bzw. 91. Lebensjahr vollenden, ist vom Beginn des folgenden Monats an der ihrem Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.
Wir informieren Sie über die aktuell gültigen Beiträge der einzelnen Altersgruppen im Anhang zu diesem Druckstück. Die Beiträge können sich aufgrund einer Beitragsanpassung nach Ziffer 6.8 ändern.

In den ersten sechs Monaten nach Vertragsbeginn ist ein Startbeitrag zu zahlen. Dieser beträgt die Hälfte des jeweiligen Tarifbeitrags der Altersgruppe der versicherten Person.

Bei Wechsel aus einem Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz rechnen wir die in dem bisherigen Tarif bereits zurückgelegte Versicherungszeit an. Die sechsmonatige Startbeitragsphase reduziert sich dann um die angerechnete Versicherungszeit. Dies gilt auch bei Umstellung aus einem Zahnzusatztarif mit befristeter Vertragslaufzeit.

6.8 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung des tatsächlichen Schadensbedarfs gegenüber der technischen Berechnungsgrundlage und der sich daraus errechneten Beiträge sind wir berechtigt, die Beiträge entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen überprüft und der Beitragsanpassung zugestimmt hat. Wir vergleichen dazu zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Dies führen wir für die jeweils eine Beobachtungseinheit der Tarife DS75, DS90, DS100 separat durch. Ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, überprüfen wir die Beiträge und passen sie, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders an. Die Neufestsetzung des Beitrags wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe folgt.

7 Wann kann der Vertrag gekündigt werden bzw. wann endet der Vertrag?

7.1 Jeder im Versicherungsvertrag eingeschlossene Tarif kann jeweils durch Kündigung beendet werden. Die Kündigung wird nur und erst dann wirksam, wenn uns Ihre Kündigungserklärung in Textform zugeht. Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis einer mitversicherten Person, wird die Kündigung nur und erst dann wirksam, wenn die versicherte Person Kenntnis von der Kündigungserklärung erlangt hat.

7.2 Sie können den Versicherungsschutz insgesamt oder nur für einzelne versicherte Personen ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen.

7.3 Erreicht eine versicherte Person ein bestimmtes Lebensalter mit der Folge, dass ein höherer Beitrag einer anderen Altersgruppe zu zahlen ist, können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten rückwirkend zum Zeitpunkt der Beitragsänderung kündigen.
Erhöhen wir die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel gemäß Ziffer 6.8 oder vermindern wir unsere Leistung gemäß Ziffer 11.2, können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

7.4 Ihr Vertrag endet spätestens mit Ihrem Tod. Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

7.5 Versicherte Personen sind bei Kündigung ihres Versicherungsverhältnisses durch Sie oder bei Ihrem Tod berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären. Diese Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten ab dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person Kenntnis von ihrem Recht erlangt, abzugeben. Der Beitrag ist ab Fortsetzung des Vertrags zu leisten.

7.6 Auf unser ordentliches Kündigungsrecht verzichten wir. Das Versicherungsverhältnis können wir damit nur außerordentlich kündigen (z. B. bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung). Beschränken wir unsere Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife, können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Zugang unserer Kündigung die Aufhebung des gesamten Vertrags zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird.
Wird der Vertrag wegen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung von uns wirksam gekündigt, kann die versicherte Person die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers erklären; der Beitrag ist ab Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu leisten. Wir informieren die versicherte Person in Textform über die Kündigung des Vertrags und dem Recht zur Fortsetzung ihres Versicherungsverhältnisses. Dieses Recht der versicherten Person endet zwei Monate, nachdem sie davon Kenntnis erlangt hat.

7.7 Endet der Versicherungsschutz für den zugehörigen Grundtarif DS75, endet gleichzeitig auch der Versicherungsschutz für die Zusatztarife DS90 und DS100.
Endet der Versicherungsschutz für den Zusatztarif DS90, endet gleichzeitig auch der Versicherungsschutz für den Zusatztarif DS100.

7.8 Das Versicherungsverhältnis endet für die versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die

Versicherungsfähigkeit entfällt. Sie sind verpflichtet, uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.

7.9 Das Versicherungsverhältnis endet für die versicherte Person, wenn diese ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR verlegt. Sie sind verpflichtet, uns eine solche Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.

7.10 Mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses endet der Versicherungsschutz auch für Versicherungsfälle, die zu diesem Zeitpunkt noch andauern (schwebende Versicherungsfälle).

Weitere Regelungen

8 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf den Vertrag beziehen?

8.1 Ihre den Vertrag betreffenden Mitteilungen können mündlich erfolgen. Es sei denn, etwas anderes wird ausdrücklich vereinbart (z. B. Textform) oder ist gesetzlich vorgeschrieben.

Die Vertragssprache ist deutsch.

8.2 Falls Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift oder Ihres Namens nicht mitteilen, gilt Folgendes: Es genügt für eine Ihnen gegenüber abzugebende Erklärung die Absendung eines Einschreibens an die letzte uns von Ihnen bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefs als zugegangen.

9 An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?

Wir nehmen am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil. Den Ombudsmann erreichen Sie wie folgt: Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de. Der Ombudsmann ist der außergerichtliche Streitschlichter für die private Kranken- und Pflegeversicherung. Er nimmt zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherten und ihren Versicherungsunternehmen neutral und unabhängig Stellung. Seine Entscheidungen sind für beide Seiten nicht bindend.
Für Verbraucher gilt: Haben Sie den Vertrag elektronisch geschlossen (z. B. über eine Internetseite oder per E-Mail), können Sie sich bei Beschwerden auch an die Plattform zur Online-Streitbeilegung der Europäischen Union wenden. Diese finden Sie unter ec.europa.eu/consumers/odr. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.
Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) - Sektor Versicherungsaufsicht. Die Adresse lautet: Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de. Auch an die BaFin können Sie Beschwerden richten.
Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht Ihnen der Rechtsweg offen.

10 Welches Recht gilt und welches Gericht ist zuständig?

10.1 Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

10.2 Klagen aus dem Vertrag gegen uns können Sie an das für Ihren Wohnsitz oder unseren Sitz zuständige Gericht richten. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder eines Vertragsstaats des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, können Sie sich ausschließlich an das für unseren Sitz zuständige Gericht in Deutschland wenden.

Für Klagen gegen Sie ist das Gericht Ihres Wohnsitzes zuständig.

11 Können sich Ihre Versicherungsbedingungen zukünftig ändern?

11.1 Sind einzelne Bestimmungen dieser Versicherungsbedingungen unwirksam, berührt dies nicht die Geltung der übrigen Regelungen.

11.2 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können wir die Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen anpassen. Dies gilt nur, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen. Außerdem muss ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt haben. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats nach Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie wirksam.
Erhöht sich hierdurch der Beitrag, können Sie kündigen. Dies ist nur innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung bei Ihnen möglich. Die Kündigung gilt zum Zeitpunkt, zu dem die Beitragserhöhung wirksam wird.

11.3 Wird durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch Verwaltungsakt der Aufsichtsbehörde eine Vertragsbestimmung für unwirksam erklärt, können wir eine neue Regelung festlegen. Voraussetzung ist, dass dies zur Vertragsfortführung notwendig ist oder ohne neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte entsteht. Hierbei sind die Interessen der jeweils anderen Vertragspartei zu berücksichtigen. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels Ihre Belange angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Vertragsbestandteil.

12 Wann verjähren die Ansprüche?

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren regelmäßig in drei Jahren. Die Berechnung der Frist richtet sich nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.

Die Verjährung ist für bei uns angemeldete Ansprüche gehemmt. Dies gilt von der Anmeldung bis zum Zugang unserer Entscheidung in Textform bei Ihnen.

Versicherungsbedingungen für die Zahnerhaltversicherung für gesetzlich Krankenversicherte ohne Gesundheitsfragen – Vertragsgrundlagen Tarife DVB, DVE

Versicherungsfall und Leistungen

1 Welche Leistungen erbringen wir und was ist nicht versichert?

2 Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls zu beachten und welche Folgen hat die Verletzung dieser Obliegenheiten?

3 An wen und wann erbringen wir die Leistung?

4 Wann können Sie einen Tarifwechsel verlangen?

Versicherungsschutz und Beitrag

5 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

6 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

7 Wann kann der Vertrag gekündigt werden bzw. wann endet der Vertrag?

Weitere Regelungen

8 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf den Vertrag beziehen?

9 An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?

10 Welches Recht gilt und welches Gericht ist zuständig?

11 Können sich Ihre Versicherungsbedingungen zukünftig ändern?

12 Wann verjähren die Ansprüche?

Versicherungsfall und Leistungen

1 Welche Leistungen erbringen wir und was ist nicht versichert?

1.1 Ihre Zahnerhaltversicherung umfasst je nach dem Inhalt der vertraglichen Vereinbarung den Tarif DVB oder die Tarife DVB, DVE. Den Umfang Ihres Versicherungsschutzes entnehmen Sie Ihrem Versicherungsschein und den Vertragsunterlagen.

Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige zahnärztliche Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Als Versicherungsfall gelten auch die zahnmedizinisch notwendige Individualprophylaxe sowie zahnaufhellende Maßnahmen.

Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für ambulante zahnärztliche Heilbehandlung und andere vereinbarte Leistungen.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn aus medizinischen Gründen keine Heilbehandlung mehr erforderlich ist. Wird eine Heilbehandlung auf eine andere Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt, so entsteht ein neuer Versicherungsfall. Voraussetzung ist, dass die Krankheit oder Unfallfolge mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt.

Voraussetzung für unsere Leistung ist, dass die jeweilige Maßnahme bei bestehendem Versicherungsschutz erstmals angeraten und durchgeführt wird.

Zusammen mit der Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie den Erstattungen Dritter erhalten Sie höchstens die erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt. Zu den Erstattungen Dritter gehören z. B. Erstattungen etwaiger anderer Zahnzusatzversicherungen.

Anrechenbare Vorleistung der GKV ist der Betrag, den die GKV als Erstattungsbetrag für die aus den Tarifen erstattungsfähigen Maßnahmen vorsieht und erbringt. Eventuell zu tragende Eigenanteile wie z. B. Verwaltungskostenanteile oder Selbstbehalte mindern die anrechenbare Vorleistung nicht. Allein Leistungen der GKV begründen keinen Anspruch aus diesen Tarifen.

Versicherungsfähig und versicherbar sind nur Personen, die in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Versicherungsschutz nach dem Zusatztarif DVE besteht nur und solange Versicherungsschutz nach dem zugehörigen Grundtarif DVB gegeben ist.

1.1.1 Mit dem Grundtarif DVB sichern Sie sich

100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach etwaiger Vorleistung durch die GKV und Erstattungen Dritter verbleiben, für Zahnerhaltmaßnahmen.

Dazu zählen:

- Kunststofffüllungen (Kompositfüllungen),
- Knirscherschienen,
- Wurzelbehandlungen,
- Parodontosebehandlungen,
- Schleimhautbehandlungen

und die damit jeweils verbundenen zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien sowie die damit jeweils verbundenen funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen.

100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach etwaiger Vorleistung durch die GKV und Er-

stattungen Dritter verbleiben, für eine zahnmedizinische Individualprophylaxemaßnahme je Versicherungsjahr. Die Anzahl der erstattungsfähigen Maßnahmen ist auf eine Maßnahme je Versicherungsjahr begrenzt. Erstattungsfähig ist dabei ausschließlich der erste geltend gemachte Anspruch für ein jeweiliges Versicherungsjahr.

Erstattungsfähige Aufwendungen für zahnmedizinische Individualprophylaxemaßnahmen sind Aufwendungen für Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Dazu zählen insbesondere:

- Professionelle Zahnreinigung,
- die Erstellung des Mundhygienestatus, sowie die eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie die Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustands und die Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisungen,
- die Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- die Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- die Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen,
- die Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- die Fissurenversiegelung.

100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach etwaiger Vorleistung durch die GKV und Erstattungen Dritter verbleiben, für Kieferorthopädiemaßnahmen, bis zu einem Betrag von insgesamt höchstens 1.000 Euro während der Vertragslaufzeit.

Dazu zählen:

- Kieferorthopädie einschließlich privater Mehr- und Zusatzleistungen (z. B. Eingliederung von thermo- oder superelastischen Bögen, Eingliederung festsitzender Apparaturen wie z. B. eines Pendulums oder Einsatz eines festsitzenden Retainers nach der aktiven Behandlungsphase) sowie vorbereitender Maßnahmen,
- vom Kieferorthopäden im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Maßnahme durchgeführte funktionsanalytische, funktionstherapeutische Leistungen, Bracketumfeldversiegelungen und Zahnprophylaxe,
- zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, die bei den vorstehend aufgeführten kieferorthopädischen Leistungen anfallen.

Voraussetzung für unsere Leistung für Kieferorthopädie ist, dass die versicherte Person bei Beginn der Maßnahme das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsfall als Folge eines Unfalls eintritt.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet, die eine kieferorthopädische Behandlung medizinisch notwendig macht.

Erbringt die GKV ihre gesetzlich vorgesehene Leistung für die kieferorthopädische Maßnahme, zählt zu den anrechenbaren Vorleistungen auch der gesetzlich vorgesehene Versichertenanteil, der nach planmäßiger Beendigung der kieferorthopädischen Maßnahme von der GKV rückerstattet wird. Beendet eine versicherte Person eine kieferorthopädische Maßnahme, für die ihre GKV leistet, nicht planmäßig, muss sie den Versichertenanteil der GKV selbst tragen. Diesen Versichertenanteil ersetzen wir nicht.

Für die kieferorthopädischen Leistungen bestehen innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre Leistungsbegrenzungen. So beträgt die Leistung je versicherter Person:

- im ersten Versicherungsjahr höchstens 250 Euro;
- in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens 500 Euro;
- in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen höchstens 750 Euro.

Für Aufwendungen, die auf einen bei bestehendem Versicherungsschutz eingetretenen Unfall zurückzuführen sind, entfallen die Leistungsbegrenzungen in den ersten drei Versicherungsjahren sowie die summenmäßige Begrenzung von 1.000 Euro. Werden in diesem Fall Leistungen erbracht, werden diese nicht auf die oben genannten Begrenzungen angerechnet.

1.1.2 Mit dem Zusatztarif DVE sichern Sie sich

100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach etwaiger Vorleistung durch die GKV und Erstattungen Dritter verbleiben, für:

- weitere zahnmedizinische Individualprophylaxemaßnahmen im Sinne von Ziffer 1.1.1,
- Kieferorthopädiemaßnahmen im Sinne von Ziffer 1.1.1 unter den dort genannten Voraussetzungen bis zu einem Betrag von weiteren insgesamt höchstens 1.000 Euro während der Vertragslaufzeit. Innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre bestehen Leistungsbegrenzungen. So beträgt die Leistung je versicherter Person:
  - im ersten Versicherungsjahr höchstens 250 Euro;
  - in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens 500 Euro;
  - in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen höchstens 750 Euro,
- Protrusionsschienen („Schnarcherschienen“) innerhalb der ersten zwei Versicherungsjahre zusammen höchstens 100 Euro, danach innerhalb der jeweils nachfolgenden zwei Versicherungsjahre zusammen höchstens 250 Euro. Voraussetzung ist, dass die Behandlung von einem Zahnarzt bzw. unter seiner Aufsicht durchgeführt wird,
- zahnaufhellende Maßnahmen (Bleaching) innerhalb der ersten zwei Versicherungsjahre zusammen höchstens 100 Euro, danach innerhalb der jeweils nachfolgenden zwei Versicherungsjahre zusammen höchstens 250 Euro, sofern die Maßnahme medizinisch sinnvoll ist. Dies ist gegeben, wenn die Behandlung von einem Zahnarzt bzw. unter seiner Aufsicht durchgeführt wird. Weitere Voraussetzung ist, dass die versicherte Person bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet hat.

1.1.3 Für die Tarife DVB und DVE gilt:

Die versicherte Person kann einen niedergelassenen approbierten Zahnarzt oder Arzt frei wählen. Sie kann auch Einrichtungen aufsuchen, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter vorgesehen sind, dies sind z. B. zugelassene medizinische Versorgungszentren.

Im Rahmen des Tarifs DVB sind die Aufwendungen für erbrachte Leistungen erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen liegen und den dortigen Vorschriften entsprechen. Dies gilt auch für Individualprophylaxemaßnahmen nach Tarif DVE.

Besteht Versicherungsschutz nach den Tarifen DVB und DVE, sind aus dem Tarif DVE auch die Gebühren, die über die festgesetzten Höchstsätze der jeweils gültigen GOZ bzw. GOÄ hinausgehen, bis zum 5,0-fachen Gebührensatz (GOZ bzw. GOÄ) für die Leistungen dieser Tarife (außer für Individualprophylaxemaßnahmen) erstattungsfähig, soweit die Gebühren den dortigen Vorschriften entsprechen. Die Leistungen aus Tarif DVB werden angerechnet.

Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen (wie z. B. Inlays, Onlays, Kronen, Brücken, Prothesen, implantologische Maßnahmen).

1.2 Kein Versicherungsschutz besteht für:

- Zahnärztliche bzw. ärztliche Maßnahmen sowie zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen. In diesen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
- Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.
- Von Ihnen oder einer versicherten Person vorsätzlich herbeigeführte Versicherungsfälle und Unfälle einschließlich deren Folgen.

1.3 Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Beginn des jeweiligen Tarifs. Im Tarif DVE endet das erste Versicherungsjahr mit dem Versicherungsjahr des zugehörigen Grundtarifs DVB. Die Leistungen werden dabei dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung durchgeführt wurde.

1.4 Bei vorübergehenden Aufenthalten in anderen Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) sowie in der Schweiz besteht Versicherungsschutz. Wir sind jedoch höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die wir bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätten. Dies gilt entsprechend, wenn eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat der EU bzw. des EWR verlegt. Bei Aufenthalten in Staaten außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz.

1.5 Die in ausländischer Währung entstandenen Aufwendungen rechnen wir in Euro um. Maßgeblich ist der Kurs des Tages, an dem wir die Belege erhalten. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen ohne Referenzkurse gilt der Kurs nach dem jeweils neuesten Stand der „Devisenkursstatistik“. Diese veröffentlicht die Deutsche Bundesbank. Wenn die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden, so gilt dieser Kurs. Voraussetzung hierfür ist, dass Sie dies durch Bankbeleg nachweisen.

2 Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls zu beachten und welche Folgen hat die Verletzung dieser Obliegenheiten?

Ohne die Mitwirkung des Anspruchstellers können wir das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen nicht feststellen. Damit wir den Leistungsfall prüfen können, bestehen folgende Obliegenheiten:

2.1 Werden Leistungen aus den Tarifen geltend gemacht, sind in der GKV vorgesehene Leistungen sowie Erstattungsansprüche gegen Dritte in Anspruch zu nehmen. Sämtliche Belege (z. B. Zahnarztrechnung, Material- und Laborkostenrechnung etc.) sind mit Erstattungsvermerk der GKV einzureichen. Es muss ggf. auch die Höhe der Erstattungen Dritter vermerkt sein. Die Belege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person tragen. Die Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen müssen spezifiziert sein. Nachweise von Kosten für zahntechnische Leistungen sind ebenfalls einzureichen. Wir können die Vorlage von Originalbelegen verlangen. Die vorgelegten Nachweise werden unser Eigentum.

2.2 Sie und die versicherte Person müssen jede Auskunft erteilen, die zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Auf unser Verlangen muss die versicherte Person die behandelnden Zahnärzte bzw. Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbinden. Die Erhebung der Gesundheitsdaten erfolgt nur, wenn jeweils in die einzelne Datenerhebung eingewilligt wird.

Die versicherte Person muss sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Zahnarzt bzw. Arzt untersuchen lassen.

2.3 Haben Sie oder eine versicherte Person Schadensersatzansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, sind diese an uns abzutreten. Die Abtretung ist begrenzt auf die Höhe unserer Leistung. Diese Regelung ist unabhängig von einem gesetzlichen Forderungsübergang. Ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht darf ohne unsere Zustimmung nicht aufgegeben werden.
Lebt die Person, gegen die sich Ihr Ersatzanspruch richtet, mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft, können wir diesen nicht geltend machen. Maßgeblicher Zeitpunkt hierfür ist der Eintritt des Versicherungsfalls. Dies gilt nicht, wenn diese Person den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

2.4 Die versicherte Person hat nach Möglichkeit alles für ihre Genesung zu tun und Handlungen zu unterlassen, die dieser hinderlich sind.

2.5 Wir erstatten den Umständen nach gebotene Aufwendungen, die Ihnen für die Ermittlung und Feststellung unserer Leistungspflicht entstehen. Diese

Kosten erstatten wir Ihnen unabhängig von den Leistungsbegrenzungen. Kosten für die Zuziehung eines Sachverständigen oder eines Beistands erstatten wir Ihnen nur dann, wenn wir Sie hierzu aufgefordert haben.

2.6 Bei Verletzung einer dieser Obliegenheiten können sich erhebliche rechtliche Nachteile ergeben. Dabei gilt:

Bei vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung geht der Leistungsanspruch verloren. Bei grob fahrlässiger Verletzung können wir die Leistung kürzen. Diese Kürzung richtet sich im Verhältnis nach der Schwere Ihres Verschuldens. Die Kürzung kann bis zur vollständigen Leistungsfreiheit führen. Wird die Obliegenheit nachweislich nicht grob fahrlässig verletzt, bleibt der Leistungsanspruch bestehen.

Ist die Verletzung der Obliegenheit nachweislich weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich, leisten wir. Wir leisten auch, wenn wir Sie nicht durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben. Bei arglistiger Obliegenheitsverletzung verlieren Sie den Leistungsanspruch in jedem Fall.

Die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person werden Ihnen zugerechnet.

3 An wen und wann erbringen wir die Leistung?

3.1 Leistungen können nur Sie als Versicherungsnehmer verlangen. Sie können jedoch uns gegenüber in Textform die versicherte Person als Empfangsberechtigten benennen. Haben Sie uns gegenüber die versicherte Person als Empfangsberechtigten benannt, kann ausschließlich die versicherte Person die Leistung verlangen. Eine Verpfändung von Leistungsansprüchen ist nicht zulässig.

3.2 Die Leistungen überweisen wir kostenfrei auf ein uns zu nennendes Konto. Bei Überweisungen in das Ausland trägt der Zahlungsempfänger das hiermit verbundene Risiko sowie die anfallenden Kosten.

3.3 Die Leistungen sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen.
Sind diese einen Monat nach Anzeige des Versicherungsfalls nicht beendet, können Sie Abschlagszahlungen bis zur Höhe der voraussichtlichen Mindestleistung verlangen. Hierbei zählt der Zeitraum nicht mit, in dem wir die Erhebungen durch ein Verschulden des Anspruchstellers nicht beenden können.

4 Wann können Sie einen Tarifwechsel verlangen?

Sie können einen Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus diesem Vertrag erworbenen Rechte verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach dem neuen Tarif erfüllt. Wir sind zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Soweit die Leistungen in dem neuen Tarif, in den die versicherte Person wechseln möchte, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, können wir für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Die Vereinbarung eines Risikozuschlags können Sie dadurch abwenden, dass Sie hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbaren.

Versicherungsschutz und Beitrag

5 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz besteht, sobald der Vertrag zustande gekommen ist, frühestens jedoch zu dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung.

6 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

6.1 Die vereinbarten Beiträge sind ab Vertragsbeginn zu zahlen. Der erste Beitrag (Erstbeitrag) wird sofort mit Zustandekommen des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zu Beginn der vereinbarten Zahlungsperiode zu zahlen.

6.2 Im Lastschriftverfahren sind Sie nur soweit zur Übermittlung ausstehender und zukünftiger Beiträge verpflichtet, wie wir Sie in Textform hierzu auffordern. Wir sind dann nicht mehr zum Beitragseinzug verpflichtet. Sie müssen im Lastschriftverfahren sicherstellen, dass wir den Beitrag am Fälligkeitstag einziehen können. Zudem darf einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen werden. Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden wiederholt nicht einziehen, ist die Zahlung rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform erteilten Zahlungsaufforderung erfolgt.

6.3 Wird kein SEPA-Mandat erteilt, erfolgt die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn Sie fristgerecht alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht. Sie übermitteln die Beiträge auf Ihre Gefahr und Kosten.

6.4 Können wir den Erstbeitrag nicht rechtzeitig einziehen oder zahlen Sie diesen nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten. Wir können dies nur solange die Zahlung nicht bewirkt ist. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Dies müssen Sie nachweisen.
Ist der Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, besteht kein Anspruch auf die Leistung. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn Sie die Nichtzahlung nachweislich nicht zu vertreten haben. Haben Sie uns ein SEPA-Mandat erteilt, besteht auch bei Nichtzahlung des Erstbeitrags Versicherungsschutz. Dies gilt nicht, wenn die Bank den Einzug des Beitrags zum Fälligkeitstag mangels Kontodeckung nicht durchgeführt hätte.

6.5 Können wir einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig einziehen oder zahlen Sie diesen nicht rechtzeitig, erhalten Sie eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Frist von mindestens zwei Monaten. Begleichen Sie den Rückstand nicht fristgerecht, können wir den Vertrag kündigen. Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und waren Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Beitragszahlung in Verzug, sind wir leistungsfrei. Auf die Rechtsfolgen weisen wir Sie im Mahnschreiben umfassend hin. Die Kündigung können wir für den Fall der Nichtzahlung der Beiträge bereits im Mahnschreiben erklären.

6.6 Nur soweit ein Anspruch von Ihnen gegen uns anerkannt oder rechtskräftig festgestellt ist, können Sie mit diesem gegen unsere Beitragsforderungen aufrechnen.

6.7 Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie Ihrem jeweils gültigen Versicherungsschein. Er richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person bei Eintritt in den jeweiligen Tarif (Eintrittsalter). Das Eintrittsalter ist die Anzahl der bei Vertragsbeginn vollendeten Lebensjahre. Für Personen, die das 11. bzw. das 21. Lebensjahr vollenden, ist vom Beginn des folgenden Monats an der ihrem Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.
Wir informieren Sie über die aktuell gültigen Beiträge der einzelnen Altersgruppen im Anhang zu diesem Druckstück. Die Beiträge können sich aufgrund einer Beitragsanpassung nach Ziffer 6.8 ändern.

6.8 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung des tatsächlichen Schadensbedarfs gegenüber der technischen Berechnungsgrundlage und der sich daraus errechneten Beiträge sind wir berechtigt, die Beiträge entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen überprüft und der Beitragsanpassung zugestimmt hat. Wir vergleichen dazu zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Dies führen wir für jede Beobachtungseinheit der Tarife DVB und DVE separat durch. In den Tarifen DVB und DVE gibt es jeweils die Beobachtungseinheiten

- Kinder/Jugendliche
- Erwachsene.

Ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 Prozent, überprüfen wir die Beiträge und passen sie, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders an. Die Neufestsetzung des Beitrags wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe folgt.

7 Wann kann der Vertrag gekündigt werden bzw. wann endet der Vertrag?

7.1 Jeder im Versicherungsvertrag eingeschlossene Tarif kann jeweils durch Kündigung beendet werden. Die Kündigung wird nur und erst dann wirksam, wenn uns Ihre Kündigungserklärung in Textform zugeht. Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis einer mitversicherten Person, wird die Kündigung nur und erst dann wirksam, wenn die versicherte Person Kenntnis von der Kündigungserklärung erlangt hat.

7.2 Sie können den Versicherungsschutz insgesamt oder nur für einzelne versicherte Personen ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen.

7.3 Erreicht eine versicherte Person ein bestimmtes Lebensalter mit der Folge, dass ein höherer Beitrag einer anderen Altersgruppe zu zahlen ist, können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten rückwirkend zum Zeitpunkt der Beitragsänderung kündigen.
Erhöhen wir die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel gemäß Ziffer 6.8 oder vermindern wir unsere Leistung gemäß Ziffer 11.2, können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

7.4 Ihr Vertrag endet spätestens mit Ihrem Tod. Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

7.5 Versicherte Personen sind bei Kündigung ihres Versicherungsverhältnisses durch Sie oder bei Ihrem Tod berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären. Diese Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten ab dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person Kenntnis von ihrem Recht erlangt, abzugeben. Der Beitrag ist ab Fortsetzung des Vertrags zu leisten.

7.6 Auf unser ordentliches Kündigungsrecht verzichten wir. Das Versicherungsverhältnis können wir damit nur außerordentlich kündigen (z. B. bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung). Beschränken wir unsere Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife, können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Zugang unserer Kündigung die Aufhebung des gesamten Vertrags zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird.
Wird der Vertrag wegen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung von uns wirksam gekündigt, kann die versicherte Person die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers erklären; der Beitrag ist ab Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu leisten. Wir informieren die versicherte Person in Textform über die Kündigung des Vertrags und dem Recht zur Fortsetzung ihres Versicherungsverhältnisses. Dieses Recht der versicherten Person endet zwei Monate, nachdem sie davon Kenntnis erlangt hat.

7.7 Endet der Versicherungsschutz für den zugehörigen Grundtarif DVB, endet gleichzeitig auch der Versicherungsschutz für den Zusatztarif DVE.

7.8 Das Versicherungsverhältnis endet für die versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt. Sie sind verpflichtet, uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.

7.9 Das Versicherungsverhältnis endet für die versicherte Person, wenn diese ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR verlegt. Sie sind verpflichtet, uns eine solche Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.

7.10 Mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses endet der Versicherungsschutz auch für Versicherungsfälle, die zu diesem Zeitpunkt noch andauern (schwebende Versicherungsfälle).

Weitere Regelungen

8 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf den Vertrag beziehen?

8.1 Ihre den Vertrag betreffenden Mitteilungen können mündlich erfolgen. Es sei denn, etwas anderes wird ausdrücklich vereinbart (z. B. Textform) oder ist gesetzlich vorgeschrieben.

Die Vertragssprache ist deutsch.

8.2 Falls Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift oder Ihres Namens nicht mitteilen, gilt Folgendes: Es genügt für eine Ihnen gegenüber abzugebende Erklärung die Absendung eines Einschreibens an die letzte uns von Ihnen bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefs als zugegangen.

9 An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?

Wir nehmen am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil. Den Ombudsmann erreichen Sie wie folgt: Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de. Der Ombudsmann ist der außergerichtliche Streitschlichter für die private Kranken- und Pflegeversicherung. Er nimmt zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherten und ihren Versicherungsunternehmen neutral und unabhängig Stellung. Seine Entscheidungen sind für beide Seiten nicht bindend.
Für Verbraucher gilt: Haben Sie den Vertrag elektronisch geschlossen (z. B. über eine Internetseite oder per E-Mail), können Sie sich bei Beschwerden auch an die Plattform zur Online-Streitbeilegung der Europäischen Union wenden. Diese finden Sie unter ec.europa.eu/consumers/odr. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.
Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) - Sektor Versicherungsaufsicht. Die Adresse lautet: Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de. Auch an die BaFin können Sie Beschwerden richten.
Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht Ihnen der Rechtsweg offen.

10 Welches Recht gilt und welches Gericht ist zuständig?

10.1 Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

10.2 Klagen aus dem Vertrag gegen uns können Sie an das für Ihren Wohnsitz oder unseren Sitz zuständige Gericht richten. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder eines Vertragsstaats des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, können Sie sich ausschließlich an das für unseren Sitz zuständige Gericht in Deutschland wenden.

Für Klagen gegen Sie ist das Gericht Ihres Wohnsitzes zuständig.

11 Können sich Ihre Versicherungsbedingungen zukünftig ändern?

11.1 Sind einzelne Bestimmungen dieser Versicherungsbedingungen unwirksam, berührt dies nicht die Geltung der übrigen Regelungen.

11.2 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können wir die Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen anpassen. Dies gilt nur, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen. Außerdem muss ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt haben. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats nach Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie wirksam.
Erhöht sich hierdurch der Beitrag, können Sie kündigen. Dies ist nur innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung bei Ihnen möglich. Die Kündigung gilt zum Zeitpunkt, zu dem die Beitragserhöhung wirksam wird.

11.3 Wird durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch Verwaltungsakt der Aufsichtsbehörde eine Vertragsbestimmung für unwirksam erklärt, können wir eine neue Regelung festlegen. Voraussetzung ist, dass dies zur Vertragsfortführung notwendig ist oder ohne neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte entsteht. Hierbei sind die Interessen der jeweils anderen Vertragspartei zu berücksichtigen. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels Ihre Belange angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Vertragsbestandteil.

12 Wann verjähren die Ansprüche?

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren regelmäßig in drei Jahren. Die Berechnung der Frist richtet sich nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.

Die Verjährung ist für bei uns angemeldete Ansprüche gehemmt. Dies gilt von der Anmeldung bis zum Zugang unserer Entscheidung in Textform bei Ihnen.