

Teil III – Tarife Zahnersatz75 (ZZ75), Zahnersatz90 (ZZ90), Zahnersatz100 (ZZ100)

Ergänzungsversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Freien Heilfürsorge

Gültig ab 01.10.2021

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft AVB/S

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die entweder bei einer deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder die Anspruch auf Heilfürsorge haben und für die keine weitere Krankenversicherung mit Leistungen für Zahnersatz bei einem anderen privaten Krankenversicherer besteht.

Bei Wegfall einer der Eigenschaften für die Versicherungsfähigkeit endet die Versicherung zum Zeitpunkt des Wegfalls.

2. Keine Kombinierbarkeit

Die Tarife ZZ75, ZZ90 und ZZ100 sind weder miteinander noch - vorbehaltlich einer abweichenden Vereinbarung - mit anderen Zahnersatzversicherungen der Württembergische Krankenversicherung AG kombinierbar.

3. Versicherungsleistungen

3.1 Zahnersatzmaßnahmen mit Vorleistung der GKV/Heilfürsorge

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen bei Zahnersatzmaßnahmen zusammen mit den Leistungen einer GKV/Heilfürsorge in:

- Tarif ZZ75 bis zu maximal 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags,
- Tarif ZZ90 bis zu maximal 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags,
- Tarif ZZ100 bis zu maximal 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags.

In den ersten vier Versicherungsjahren sind die Versicherungsleistungen nach Maßgabe der Ziffern 4a) und b) der Tarifbestimmungen begrenzt. Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch (vgl. § 2 Abs. 4 AVB/S).

Bei einer Regelversorgung (nach BEMA – Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen) ersetzen wir 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen zusammen mit den Leistungen einer GKV/Heilfürsorge, sofern keine privat(zahn-)ärztlichen Vergütungsanteile (GOZ/GOÄ) berechnet werden.

Als Zahnersatzmaßnahmen gelten:

- Kronen, Teilkronen, Teleskopkronen, Stiftzähne,
- Einlagefüllungen (Inlays) aus Edelmetall oder Keramik,
- Onlays (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes oder Repositionierungsonlays),
- Brücken,

- Veneers, soweit deren Einsatz nicht nur aus kosmetischen Gründen erfolgt,
- herausnehmbarer Zahnersatz,
- implantatgetragener Zahnersatz,
- implantologische Leistungen, insbesondere die damit in Zusammenhang stehenden weichgewebs- und knochenbauenden Maßnahmen und das Freilegen des Implantats,
- Aufbaufüllungen,
- Eingliederung von Provisorien,
- notwendige Reparaturen des Zahnersatzes zur Wiederherstellung von dessen Funktionsfähigkeit sowie
- Keramikverblendungen bis einschließlich Zahn acht (letzter Zahn) jedes Quadranten.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören, soweit sie im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Zahnersatzmaßnahme stehen:

- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Aufbissbehelfe und Schienen einschl. der Material- und Laborkosten bis maximal 500 EUR je Versicherungsjahr,
- Diagnostik (Beratung; Vor- und Nachuntersuchungen; implantatbezogene Analyse; bildgebende Verfahren wie bspw. Röntgen, Computertomographie, Sonographie oder digitale Volumetomographie),
- chirurgische Leistungen,
- lokale Anästhesien sowie
- zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) einschl. besonderer Herstellungsverfahren wie z.B. Cerec-Kronen, Teilkronen und Inlays.

3.2 Dentallabor

Lässt die versicherte Person die Laborarbeiten, die in direktem Zusammenhang mit einer nach Ziffer 3.1 zu ersetzenden Aufwendung stehen, von mit uns kooperierenden Dentallaboren durchführen, erhöht sich der Erstattungsprozentsatz für diese Zahnersatzmaßnahme in Tarif ZZ75 auf 80 % und in Tarif ZZ90 auf 95 %.

Mit uns kooperierende Dentallabore erfüllen Kriterien für ein ständig hohes Qualitätsniveau in der Zahnversorgung. Fragen Sie uns nach den mit uns bundesweit kooperierenden Dentallaboren (Fertigung in Deutschland) oder nach Empfehlungen von Zahnarztpraxen, telefonisch oder per E-Mail unter dentallabore@wuerttembergische.de.

3.3 Zahnersatzmaßnahmen ohne Vorleistung der GKV/Heilfürsorge

Erbringt die GKV/Heilfürsorge keine Vorleistung, weil die Behandlung im Ausland oder - innerhalb Deutschlands - durch einen Zahnarzt ohne Kassenzulassung (Privatzahnarzt) erfolgt, wird ein fiktiver GKV-Erstattungssatz in Höhe von 30% angenommen und auf die Erstattungsleistung des versicherten Tarifes angerechnet.

Für den Tarif ZZ100 beträgt die fiktive Anrechnung 25%, sofern die versicherte Person die Laborarbeiten, die in direktem Zusammenhang mit nach Ziffer 3.1 zu ersetzenden Aufwendungen stehen, von mit uns kooperierenden Dentallaboren (vgl. Ziffer 3.2) durchführen lässt.

4. Leistungsbegrenzungen

a) Tarif ZZ75

Die Versicherungsleistungen (Erstattung der Württembergische Krankenversicherung AG) nach den Ziffern 3.1, 3.2 und 3.3 betragen ab Versicherungsbeginn des Tarifs ZZ75 je versicherte Person maximal:

- 800 Euro im ersten Versicherungsjahr,
- 1.600 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren,
- 2.400 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren und
- 3.200 Euro in den ersten vier Versicherungsjahren.

Mit Beginn des 5. Versicherungsjahres entfällt diese Leistungsbegrenzung.

b) Tarife ZZ90 und ZZ100

Die Versicherungsleistungen (Erstattung der Württembergische Krankenversicherung AG) nach den Ziffern 3.1, 3.2 und 3.3 betragen ab Versicherungsbeginn der Tarife ZZ90 und ZZ100 je versicherte Person maximal:

- 1.500 Euro im ersten Versicherungsjahr,
- 3.000 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren,
- 4.500 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren und
- 6.000 Euro in den ersten vier Versicherungsjahren.

Mit Beginn des 5. Versicherungsjahres nach Versicherungsbeginn entfällt diese Leistungsbegrenzung.

c) Entfall der Leistungsbegrenzungen

Die Leistungsbegrenzungen nach a) und b) gelten nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, der nach Versicherungsbeginn (Vertragsschluss) eingetreten ist. Schädigungen der Zähne, die durch Nahrungsaufnahme verursacht werden, gelten nicht als Unfall.

5. Versicherungsschutz im Ausland

Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Erstattungsfähig sind Aufwendungen maximal bis zu der Höhe, wie sie bei Behandlung in Deutschland ohne den Abschluss einer Honorarvereinbarung entstanden wären. Die in ausländischer Währung tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand.

6. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen:

- für Lückenschluss bei Fehlen von Zahnanlagen (nicht angelegte Zähne),
- einer bereits vor Vertragsschluss als notwendig bekannten oder medizinisch angeratenen oder bereits begonnenen Heilbehandlungsmaßnahme,

- für kieferorthopädische Maßnahmen,
- für von der GKV abgezogene Selbstbehalte nach § 53 SGB V (GKV-Wahltarife),
- für Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten erstatten wir tarifgemäß.

7. Gebührenordnungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen auch über die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätze hinaus. Voraussetzung ist der Abschluss einer § 2 Abs. 1 und 2 GOZ entsprechenden Honorarvereinbarung.

Zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) sind gemäß § 9 GOZ erstattungsfähig.

8. Heil- und Kostenpläne

Wir empfehlen Ihnen, uns bei Zahnersatzmaßnahmen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.500 Euro vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen. In diesem Fall prüfen wir diesen und informieren Sie über die zu erwartende Versicherungsleistung. Wir übernehmen auch von der GKV/Heilfürsorge nicht übernommene Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans. Eine Kürzung der Tarifleistung allein auf Grund eines vorher nicht eingereichten Heil- und Kostenplanes erfolgt nicht.

9. Anpassung von Versicherungsleistungen

Bei Änderungen der Leistungen der GKV/Heilfürsorge oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen für Zahnärzte oder Ärzte, die unmittelbar Auswirkungen auf die tariflichen Leistungen haben, sind wir berechtigt, die Tarifbestimmungen nach § 18 AVB/S den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Wir sind nach § 18 AVB/S auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen anzupassen.

10. Kündigungsrecht des Versicherers/Wartezeiten

Wir verzichten auf das uns nach § 14 (1) AVB/S zustehende ordentliche Kündigungsrecht. Wartezeiten bestehen nicht.

11. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Der Beitrag wird für die Altersgruppen 0 - 20 Jahre, 21 - 30 Jahre, 31 - 40 Jahre, 41 - 50 Jahre, 51 - 60 Jahre und ab dem Alter 61 Jahre berechnet.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21., das 31., das 41., das 51. bzw. 61. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten.

Ein Beitragsnachlass bei Beitragsvorauszahlung (Skonto) ist abweichend von § 8 Abs. 2 AVB/S nicht vorgesehen.

Teil III – Tarif ZahnbehandlungPlus (ZZBPlus)

Ergänzungsversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Freien Heilfürsorge

Gültig ab 01.10.2021

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft AVB/S

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die entweder bei einer deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder die Anspruch auf Heilfürsorge haben und für die keine weitere Krankenversicherung mit Leistungen für Zahnbehandlungen oder für Kieferorthopädie bei einem anderen privaten Krankenversicherer besteht.

Bei Wegfall einer der Eigenschaften für die Versicherungsfähigkeit endet die Versicherung zum Zeitpunkt des Wegfalls.

2. Versicherungsleistungen

2.1 Zahnbehandlungen

Wir ersetzen erstattungsfähige Aufwendungen für Maßnahmen zur Zahnbehandlung aus der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) zu 100 % unter Berücksichtigung der Leistungsbegrenzungen.

Erbringt die GKV/Heilfürsorge keine Vorleistung, weil die Behandlung im Ausland oder - innerhalb Deutschlands - durch einen Zahnarzt ohne Kassenzulassung (Privatarzt) erfolgt, werden 50 % der erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

Als Maßnahmen zur Zahnbehandlung gelten insbesondere, jedoch nicht abschließend:

- a) allgemeine zahnärztliche Leistungen und Untersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen (GOZ-Ziffern 0010-0120),
- b) konservierende Leistungen, insbesondere plastische Zahnfüllungen, Wurzelkanalbehandlungen einschl. elektrometrischer Wurzellängenmessungen, Wurzelfüllungen und Restaurationen mit Kompositmaterialien (GOZ-Ziffern 2010-2130, 2300, 2330, 2340, 2350-2440),
- c) chirurgische Maßnahmen (GOZ-Ziffern 3110-3120 und 3290-3300),
- d) parodontologische Leistungen mit Knochenaufbau (GOZ-Ziffern 4000-4150), Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime einschl. Bakterienanalyse, Einsatz von VECTOR-Technologie,
- e) Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (GOZ-Ziffern 7000-7060; ausgenommen sind Protrusionsschienen und Schienen im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung) einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen, wie z. B. Entfernen von Zähnen.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören, soweit sie im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Maßnahme zur Zahnbehandlung stehen:

- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Diagnostik (Beratung; Vor- und Nachuntersuchungen; bildgebende Verfahren wie bspw. Röntgen, Computertomographie, Sonographie oder digitale Volumetomographie),

- lokale Anästhesien sowie
- zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).

Leistungsbegrenzungen:

- Für Aufbissbehelfe und Schienen (Ziffer 2.1 e)) sind einschl. der Material- und Laborkosten maximal 500 EUR je Versicherungsjahr* erstattungsfähig. Die Versicherungsleistung wird bis zu dieser Höhe awuch für DROS®-Schienen erbracht.

* Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch (vgl. § 2 Abs. 4 AVB/S).

2.2 Zahnprophylaxe

Wir ersetzen 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags für Zahnprophylaxe bis maximal 150 Euro je Versicherungsjahr.

Als Zahnprophylaxe gelten:

- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- Beseitigung von Zahnbelägen und oberflächigen Verfärbungen,
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Fissurenversiegelung,
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- Kariesrisikodiagnostik,
- Kontrolle des Übungserfolges,
- professionelle Zahnreinigung,
- Prothesenreinigung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung,
- Medikamententrägerschiene zur Kariesprophylaxe,
- Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen.

Eine eventuelle Vorleistung der GKV/Heilfürsorge wird auf den Rechnungsbetrag angerechnet.

Für die Durchführung der zahnmedizinischen Prophylaxe können niedergelassene approbierte Zahnärzte/Zahnärztinnen sowie zahnmedizinische Fachassistenten/innen (Dentalhygieniker/innen) in Anspruch genommen werden.

2.3 Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung außerhalb der Leistungspflicht der GKV/Heilfürsorge zu 100 % bis zu maximal 200 Euro pro Versicherungsjahr.

Erstattungsfähig sind ausschließlich Aufwendungen für:

- a) Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf),
- b) Vollnarkose,
- c) Lachgas-Sedierung,
- d) Akupunktur,
- e) Hypnose.

2.4 Kieferorthopädie

Hat eine kieferorthopädische Behandlung **vor Vollendung des 18. Lebensjahres** begonnen, ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen unter Berücksichtigung der Leistungsbegrenzung nach Ziffer 3 bis zu einem Betrag von 3.000 EUR. Die Erstattungsleistung kann nur einmalig für die gesamte Vertragslaufzeit beansprucht werden.

Wir erstatten kieferorthopädische Behandlungen, die **nach Vollendung des 18. Lebensjahres** beginnen, sofern diese Folgen eines nach Versicherungsbeginn/Vertragsschluss erlittenen Unfalles sind oder eine Vorleistung der GKV erfolgt. Die Erstattungsleistung ist in diesen Fällen insgesamt auf höchstens 2.000 EUR für die gesamte Vertragslaufzeit begrenzt.

Als kieferorthopädische Behandlungen gelten Maßnahmen bei den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 – 5. Bei diesen Indikationsgruppen erkennen wir die medizinische Notwendigkeit stets an.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören, soweit sie im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Maßnahme zur Kieferorthopädie stehen, außerdem:

- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Diagnostik (Beratung; Vor- und Nachuntersuchungen; bildgebende Verfahren wie bspw. Röntgen, Computertomographie, Sonographie oder digitale Volumentomographie),
- Versiegelung der Zähne,
- lokale Anästhesien sowie
- zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).

Besteht eine Leistungspflicht der GKV/Heilfürsorge, werden nicht unter deren Leistungsanspruch fallende Behandlungen aufgrund sogenannter Mehrkostenvereinbarungen erstattet.

Unter die Mehrkostenvereinbarung fallen kieferorthopädische Zusatzleistungen, insbesondere Mini-Metall-, Keramik- und Kunststoffbrackets, unsichtbare Zahnspangen, Lingualtechnik, festsitzende Retainer, konfektionierte herausnehmbare Geräte, festsitzende Lückenhalter, farbige/farblose Bögen/Teilbögen, thermisch programmierbare oder plastische Bögen/Teilbögen sowie in Verbindung mit der kieferorthopädischen Maßnahme stehende funktionsanalytische/funktionstherapeutische Maßnahmen.

3. Leistungsbegrenzungen für Kieferorthopädie

Die Versicherungsleistungen nach Ziffer 2.4 betragen ab Versicherungsbeginn des Tarifs je versicherte Person maximal:

- 600 Euro im ersten Versicherungsjahr,
- 1.200 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren,
- 1.800 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren.

Mit Beginn des vierten Versicherungsjahres entfallen diese Leistungsbegrenzungen.

Die Leistungsbegrenzungen gelten nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist, zurückzuführen sind. Die Erstattungshöchstbeträge nach Ziffer 2.4 bleiben auch in diesem Fall bestehen.

4. Versicherungsschutz im Ausland

Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Erstattungsfähig sind Aufwendungen maximal bis zu der Höhe, wie sie bei Behandlung in Deutschland ohne den Abschluss einer Honorarvereinbarung entstanden wären.

Die in ausländischer Währung tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand.

5. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen:

- einer bereits vor Vertragsschluss als notwendig bekannten oder medizinisch angeratenen oder bereits begonnenen Heilbehandlungsmaßnahme,
- für stationär durchgeführte Zahnbehandlungen,
- für gesteuerte Gewebe- und Knochenregeneration (GTR/GBR),
- für von der GKV abgezogene Selbstbehalte nach § 53 SGB V (GKV-Wahltarife),
- für Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten erstatten wir tarifgemäß.

6. Gebührenordnungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen auch über die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätze hinaus. Voraussetzung ist der Abschluss einer § 2 Abs. 1 und 2 GOZ entsprechenden Honorarvereinbarung.

Zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) sind gemäß § 9 GOZ erstattungsfähig.

7. Heil- und Kostenpläne

Wir empfehlen Ihnen, uns bei Zahnbehandlungsmaßnahmen oder kieferorthopädischen Maßnahmen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.500 Euro vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen. In diesem Fall prüfen wir diesen und informieren Sie über die zu erwartende Versicherungsleistung. Wir übernehmen auch von der GKV/Heilfürsorge nicht übernommene Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans. Eine Kürzung der Tarifleistung allein auf Grund eines vorher nicht eingereichten Heil- und Kostenplanes erfolgt nicht.

8. Anpassung von Versicherungsleistungen

Bei Änderungen der Leistungen der GKV/Heilfürsorge oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen für Zahnärzte oder Ärzte, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen des Tarifs ZahnbehandlungPlus (ZBPlus) haben, sind wir berechtigt, die Tarifbestimmungen nach § 18 AVB/S den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Wir sind nach § 18 AVB/S auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen anzupassen.

9. Kündigungsrecht des Versicherers/Wartezeiten

Wir verzichten auf das uns nach § 14 Abs. 1 AVB/S zustehende ordentliche Kündigungsrecht. Wartezeiten bestehen nicht.

10. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Abweichend von § 8 Abs. 2 Satz 1 AVB/S wird der Beitrag jeweils einheitlich für die Altersgruppen 0 - 20 und 21 - 102 Jahre berechnet. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten.

Ein Beitragsnachlass bei Beitragsvorauszahlung (Skonto) ist abweichend von § 8 Abs. 2 AVB/S nicht vorgesehen.

Teil III – Tarif Zahnbehandlung (ZZB)

Ergänzungsversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Freien Heilfürsorge

Gültig ab 01.10.2021

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft AVB/S

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die entweder bei einer deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder die Anspruch auf Heilfürsorge haben und für die keine weitere Krankenversicherung mit Leistungen für Zahnbehandlungen oder für Kieferorthopädie bei einem anderen privaten Krankenversicherer besteht.

Bei Wegfall einer der Eigenschaften für die Versicherungsfähigkeit endet die Versicherung zum Zeitpunkt des Wegfalls.

2. Versicherungsleistungen

2.1 Zahnbehandlungen

Wir ersetzen erstattungsfähige Aufwendungen für Maßnahmen zur Zahnbehandlung aus der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) zu 100 % unter Berücksichtigung der Leistungsbegrenzungen.

Erbringt die GKV/Heilfürsorge keine Vorleistung, weil die Behandlung im Ausland oder - innerhalb Deutschlands - durch einen Zahnarzt ohne Kassenzulassung (Privatarzt) erfolgt, werden 50 % der erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

Als Maßnahmen zur Zahnbehandlung gelten insbesondere, jedoch nicht abschließend:

- a) allgemeine zahnärztliche Leistungen und Untersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen (GOZ-Ziffern 0010-0120),
- b) konservierende Leistungen, insbesondere plastische Zahnfüllungen, Wurzelkanalbehandlungen einschl. elektrometrischer Wurzellängenmessungen, Wurzelfüllungen und Restaurationen mit Kompositmaterialien (GOZ-Ziffern 2010-2130, 2300, 2330, 2340, 2350-2440),
- c) chirurgische Maßnahmen (GOZ-Ziffern 3110-3120 und 3290-3300),
- d) parodontologische Leistungen mit Knochenaufbau (GOZ-Ziffern 4000-4150), Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime einschl. Bakterienanalyse, Einsatz von VECTOR-Technologie.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören, soweit sie im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Maßnahme zur Zahnbehandlung stehen:

- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Diagnostik (Beratung; Vor- und Nachuntersuchungen; bildgebende Verfahren wie bspw. Röntgen, Computertomographie, Sonographie oder digitale Volumetomographie),
- lokale Anästhesien sowie
- zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).

2.2 Zahnprophylaxe

Wir ersetzen 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags für Zahnprophylaxe bis maximal 80 Euro je Versicherungsjahr. Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch (vgl. § 2 Abs. 4 AVB/S).

Als Zahnprophylaxe gelten:

- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- Beseitigung von Zahnbelägen und oberflächigen Verfärbungen,
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Fissurenversiegelung,
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- Kariesrisikodiagnostik,
- Kontrolle des Übungserfolges,
- professionelle Zahnreinigung,
- Prothesenreinigung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung,
- Medikamententrägerschiene zur Kariesprophylaxe,
- Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen.

Eine eventuelle Vorleistung der GKV/Heilfürsorge wird auf den Rechnungsbetrag angerechnet.

Für die Durchführung der zahnmedizinischen Prophylaxe können niedergelassene approbierte Zahnärzte/Zahnärztinnen sowie zahnmedizinische Fachassistenten/innen (Dentalhygieniker/innen) in Anspruch genommen werden.

2.3 Kieferorthopädie

Hat eine kieferorthopädische Behandlung **vor Vollendung des 18. Lebensjahres** begonnen, ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen unter Berücksichtigung der Leistungsbegrenzung nach Ziffer 3 bis zu einem Betrag von 1.000 EUR. Die Erstattungsleistung kann nur einmalig für die gesamte Vertragslaufzeit beansprucht werden.

Wir erstatten kieferorthopädische Behandlungen, die **nach Vollendung des 18. Lebensjahres** beginnen, sofern diese Folgen eines nach Versicherungsbeginn/Vertragsschluss erlittenen Unfalles sind. Die Erstattungsleistung ist in diesem Fall insgesamt auf höchstens 2.000 EUR für die gesamte Vertragslaufzeit begrenzt.

Als kieferorthopädische Behandlungen gelten Maßnahmen bei den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 – 5. Bei diesen Indikationsgruppen erkennen wir die medizinische Notwendigkeit stets an.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören, soweit sie im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Maßnahme zur Kieferorthopädie stehen, außerdem:

- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Diagnostik (Beratung; Vor- und Nachuntersuchungen; bildgebende Verfahren wie bspw. Röntgen, Computertomographie, Sonographie oder digitale Volumentomographie),
- Versiegelung der Zähne,
- lokale Anästhesien sowie
- zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).

Besteht eine Leistungspflicht der GKV/Heilfürsorge, werden nicht unter deren Leistungsanspruch fallende Behandlungen aufgrund sogenannter Mehrkostenvereinbarungen erstattet.

Unter die Mehrkostenvereinbarung fallen kieferorthopädische Zusatzleistungen, insbesondere Mini-Metall-, Keramik- und Kunststoffbrackets, unsichtbare Zahnspangen, Lingualtechnik, festsitzende Retainer, konfektionierte herausnehmbare Geräte, festsitzende Lückenhalter, farbige/farblose Bögen/Teilbögen, thermisch programmierbare oder plastische Bögen/Teilbögen sowie in Verbindung mit der kieferorthopädischen Maßnahme stehende funktionsanalytische/funktionstherapeutische Maßnahmen.

3. Leistungsbegrenzungen für Kieferorthopädie

Die Versicherungsleistungen nach Ziffer 2.3 betragen ab Versicherungsbeginn des Tarifs je versicherte Person maximal:

- 150 Euro im ersten Versicherungsjahr,
- 300 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren,
- 450 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren.

Mit Beginn des vierten Versicherungsjahres entfallen diese Leistungsbegrenzungen.

Die Leistungsbegrenzungen gelten nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist, zurückzuführen sind. Die Erstattungshöchstbeträge nach Ziffer 2.3 bleiben auch in diesem Fall bestehen.

4. Versicherungsschutz im Ausland

Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Erstattungsfähig sind Aufwendungen maximal bis zu der Höhe, wie sie bei Behandlung in Deutschland ohne den Abschluss einer Honorarvereinbarung entstanden wären.

Die in ausländischer Währung tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand.

5. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen:

- einer bereits vor Vertragsschluss als notwendig bekannten oder medizinisch angeratenen oder bereits begonnenen Heilbehandlungsmaßnahme,
- für stationär durchgeführte Zahnbehandlungen,
- für gesteuerte Gewebe- und Knochenregeneration (GTR/GBR),
- für von der GKV abgezogene Selbstbehalte nach § 53 SGB V (GKV-Wahltarife),
- für Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten erstatten wir tarifgemäß.

6. Gebührenordnungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen auch über die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätze hinaus. Voraussetzung ist der Abschluss einer § 2 Abs. 1 und 2 GOZ entsprechenden Honorarvereinbarung.

Zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) sind gemäß § 9 GOZ erstattungsfähig.

7. Heil- und Kostenpläne

Wir empfehlen Ihnen, uns bei Zahnbehandlungsmaßnahmen oder kieferorthopädischen Maßnahmen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.500 Euro vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen. In diesem Fall prüfen wir diesen und informieren Sie über die zu erwartende Versicherungsleistung. Wir übernehmen auch von der GKV/Heilfürsorge nicht übernommene Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans. Eine Kürzung der Tarifleistung allein auf Grund eines vorher nicht eingereichten Heil- und Kostenplanes erfolgt nicht.

8. Anpassung von Versicherungsleistungen

Bei Änderungen der Leistungen der GKV/Heilfürsorge oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen für Zahnärzte oder Ärzte, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen des Tarifs Zahnbehandlung (ZZB) haben, sind wir berechtigt, die Tarifbestimmungen nach § 18 AVB/S den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Wir sind nach § 18 AVB/S auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen anzupassen.

9. Kündigungsrecht des Versicherers/Wartezeiten

Wir verzichten auf das uns nach § 14 Abs. 1 AVB/S zustehende ordentliche Kündigungsrecht. Wartezeiten bestehen nicht.

10. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Abweichend von § 8 Abs. 2 Satz 1 AVB/S wird der Beitrag jeweils einheitlich für die Altersgruppen 0 - 20 und 21 - 102 Jahre berechnet. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten.

Ein Beitragsnachlass bei Beitragsvorauszahlung (Skonto) ist abweichend von § 8 Abs. 2 AVB/S nicht vorgesehen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/S)

Gültig ab 1. Januar 2022

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
 - a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
 - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) ein medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbruch sowie eine medizinisch notwendige Sterilisation,
 - c) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - d) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Tarif mit Tarifbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt außerhalb Europas besteht während der ersten drei Monate Versicherungsschutz. Bei längerem Aufenthalt kann Versicherungsschutz über diesen Zeitpunkt hinaus vereinbart werden.
- (5) Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Personen mit durch Vorerkrankungen erhöhtem Risiko können zu besonderen Bedingungen versichert werden.
- (6) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
- (7) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz nach Maßgabe von § 204 VVG verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 5) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
- (3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.
- (4) Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch.

§ 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Sofern nichts anderes vereinbart ist, beträgt die allgemeine Wartezeit drei Monate.

Sie entfällt

a) bei Unfällen;

b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Partnerschaft beantragt wird.

- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

Sie entfallen

a) bei Unfällen

b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit acht Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Partnerschaft beantragt wird;

- (4) Sämtliche Wartezeiten können erlassen werden, wenn die Versicherung mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird. In diesem Fall bleibt der Antragsteller vier Wochen – gerechnet ab dem Tag des Eingangs des auf einem vom Versicherer vorgesehenen Formular erstellten ärztlichen Untersuchungsberichts beim Versicherer – an seinen Antrag gebunden.

Die Kosten der Untersuchung gehen zu Lasten des Antragstellers. Der ärztliche Untersuchungsbericht ist dem Versicherer innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung vorzulegen. Geschieht dies nicht, so gilt der Versicherungsschutz mit den bedingungsgemäßen Wartezeiten.

- (5) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt, die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen oder die Heilmittel erbracht werden.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes dürfen in Anspruch genommen werden, sofern dies der Tarif vorsieht.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

- (6) Bei teil-, vor- und nachstationärer Heilbehandlung sowie bei einer stationären Heilbehandlung im Sanitätszentrum der Bundeswehr besteht kein Anspruch auf Krankenhaustagegeld bzw. Ersatzkrankenhaustagegeld.

- (7) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

- (8) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

- (9) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Die Leistungspflicht entfällt nicht, soweit die Krankheit, der Unfall oder der Todesfall im Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eintritt, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb Deutschlands ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
 - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

- e) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - f) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
 - g) für die Teile der Behandlungsrechnung, die den Bestimmungen der gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten, falls der Tarif nichts anderes vorsieht.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Rechnungszweitschriften mit Erstattungsvermerken eines anderen Versicherungsträgers werden Originalen gleichgestellt. Die Rechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Arztes mit Nummern des Gebührenverzeichnisses, hierfür in Rechnung gestellten Steigerungssätzen und jeweiligem Behandlungsdatum. Wird nur Krankenhaustagegeld beansprucht, genügt eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses mit dem Namen der behandelten Person über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes und die Bezeichnung der Krankheit.

- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Be-

zahlung der Rechnung notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.

- (5) Kosten für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden; Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen können abgezogen werden, wenn der Versicherungsnehmer kein Inlandskonto benannt hat.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem Geschlecht und der Beitragsgruppe des erreichten Alters; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Führt die Erhöhung des erreichten Alters zu Beginn eines Kalenderjahres zu einem Wechsel in eine höhere Beitragsgruppe, ist ab Beginn dieses Kalenderjahres der für die höhere Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen.

Sofern nichts anderes vereinbart ist, räumt der Versicherer bei Vorauszahlung einen Beitragsnachlass (Skonto) von 2 % bei halbjährlicher Zahlung und 4 % bei Jahreszahlung ein.

- (3) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Ist Lastschriftverfahren vereinbart, gilt die erste Beitragsrate bis zum Eingang der Lastschrift beim Geldinstitut als gestundet.
- (5) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (6) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungs-

schutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Mahnkosten sind die für jede Mahnung tatsächlich anfallenden Kosten für Porto und Material (wie z. B. Papier und Briefumschlag). Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten weiteren Kosten und Gebühren erhoben werden.

- (7) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (8) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8 a Beitragsberechnung

- (1) Die Versicherung wird nach Art der Schadenversicherung betrieben; eine Alterungsrückstellung wird nicht gebildet.
- (2) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (3) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.
- (4) Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.
- (5) Bei Beitragsänderungen, auch durch Erreichen eines höheren Alters, kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (6) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8 b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt die Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen können auch betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligungen, im Tarif vorgesehene Ersatzkrankenhaustagegelder oder vereinbarte Risikozuschläge entsprechend geändert werden.

Als Beobachtungseinheiten kommen grundsätzlich Erwachsene, Jugendliche und Kinder in Betracht. Abweichende Regelungen werden im Tarif festgelegt.

- (2) Der Versicherer ist zu einer Prämienanpassung nach § 8b (1) nur bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung einer für die Prämienkalkulation maßgeblichen Rechnungsgrundlage berechtigt.

- (3) Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (4) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- (5) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Abs. 4 und 5 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 13 Vertragsdauer/Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Das Versicherungsverhältnis wird für die Dauer von zwei Jahren abgeschlossen. Danach kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Bei Umstufungen wird die Dauer der bestehenden Vorversicherung angerechnet. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform gekündigt hat.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zum Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von drei Monaten nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (7) **Ruhen der Rechte und Pflichten**

(Siehe Besondere Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung)

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten für alle oder einzelne mitversicherte Personen vereinbaren, wenn Arbeitslosigkeit besteht.

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für alle mitversicherte Personen vereinbaren, wenn Zahlungsverzug nach § 38 VVG eintritt und das Ruhen vor Wirksamkeit der Kündigung nach § 38 Abs. 3 Satz 1 und 2 VVG beantragt wird. Das vereinbarte Ruhen gilt unabhängig vom weiteren Bestehen des Zahlungsverzugs für einen Zeitraum von sechs Monaten und beginnt ab dem Zeitpunkt der rückständigen Beiträge.

Nach Beendigung der Ruhenszeit werden auch für Versicherungsfälle, die während der Ruhenszeit eingetreten sind, die vertraglichen Leistungen erbracht, soweit die Behandlungen bzw. Verordnungen in die Zeit nach Wiederinkrafttreten der ursprünglichen Versicherung fallen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn 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. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.