MÜNCHENER VEREIN
VERSICHERUNGSGRUPPE

Deutsche ZahnVersicherung

Zahnersatz

Tarifstufen
570
571

Die Tarifbedingungen für die Deutsche ZahnVersicherung gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung ohne Rückstellungsbildung

100 44 95/00 (04.14)

MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., Sitz München, HRB 764, AG München
Direktion: Pettenkoferstraße 19, 80336 München, Tel. 089/5152-1000, Fax 089/5152-1501, info@muenchener-verein.de, www.muenchener-verein.de

1. Inhalt und Leistungen der Zahnersatz-Zusatzversicherung (Tarifstufen 570, 571)

1. Erstattungsfähig sind die Kosten für

   a) Zahnersatz:
   Kronen; Onlays; Veneers; Brücken; Brückenglieder; Implantat getragener Zahnersatz und Implantate einschließlich der in diesem Zusammenhang anfallenden chirurgischen Maßnahmen wie z. B. Knochenaufbau; Prothesen; Verblendungen bis zum Zahn 6; Reparaturen;

   b) die mit den Zahnersatzmaßnahmen nach Buchstabe a) im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen;

   c) die mit den Zahnersatzmaßnahmen nach Buchstabe a) im Zusammenhang stehenden funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen;

   d) sowie die mit den Zahnersatzmaßnahmen nach Buchstabe a) im Zusammenhang stehenden und nach ortsüblichen Preisen berechneten zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.

2. Erstattet werden

   a) 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen, wenn die Behandlung im Rahmen der zahnärztlichen Regelversorgung (ohne privatärztlichen Vergütungsanteil) durchgeführt wird,

   b) in **Tarifstufe 570**: 75 %
   in **Tarifstufe 571**: 90 %

   der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen, wenn die Behandlung ganz oder teilweise im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) durchgeführt wird.

   Erstattungsfähig sind die Kosten der zahnärztlichen Heilbehandlung gemäß Buchstabe 2 b) bis zu den Höchstsätzen[1] der GOZ bzw. GOÄ.

   Von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung abgezogen. Erbringt die GKV bzw. die freie Heilfürsorge oder die truppenärztliche Versorgung für den der zahnärztlichen Behandlung zugrunde liegenden Versicherungsfall keine Leistung, gelten pauschal 35 % der erstattungsfähigen Aufwendungen als Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung.

   Die Kosten für zahntechnische Leistungen werden dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem der Zahnarzt die angefertigten Materialien eingliedert.

3. In den ersten vier Versicherungsjahren leistet der Versicherer je versicherte Person wie folgt:

   a) im ersten Versicherungsjahr bis zu 300 EUR,
   b) in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen bis zu 600 EUR,
   c) in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen bis zu 900 EUR,
   d) in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen bis zu 1.200 EUR.

   Ab dem fünften Versicherungsjahr leistet der Versicherer unbegrenzt.

   Ist die zahnärztliche Heilbehandlung nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen, wird auch in den ersten vier Versicherungsjahren unbegrenzt geleistet. Als Unfall gilt nicht, wenn der Schaden an einem Zahn durch die Nahrungsaufnahme eingetreten ist oder wenn ein solcher beim Reinigen des herausnehmbaren Zahnersatzes entsteht.

4. Bei einer bevorstehenden Zahnersatzmaßnahme rät der Versicherer zur vorherigen Erstellung eines Heil- und Kostenplans durch den Zahnarzt. Der Versicherer gibt dem Versicherungsnehmer nach Vorlage des Heil- und Kostenplans Auskunft über die zu erwartende Versicherungsleistung.

5. Bei Tarifwechsel werden Leistungen aus dem bisherigen Tarif für das laufende Kalenderjahr auf den Höchsterstattungsbetrag aus dem neuen Tarif angerechnet.

6. Der Versicherer leistet, wenn bei einer versicherten Person während des Versicherungsschutzes erstmals eine medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlung für bei Vertragsschluss vorhandene Zähne oder Zahnersatz von einem approbierten, niedergelassenen Zahnarzt angeraten oder bei diesem durchgeführt wird. Die versicherte Person kann auch Behandlungen in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) in Anspruch nehmen.

   Für Zahnersatzmaßnahmen, die vor Versicherungsbeginn angeraten oder begonnen worden sind, wird nicht geleistet.

   Für bei Vertragsschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne besteht kein Leistungsanspruch.

2. Wartezeit

Abweichend von § 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen entfällt die Wartezeit.

3. Leistungsnachweis

1. Mit dem Antrag auf Leistungen sind Nachweise über die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung vorzulegen. Leistet die GKV bzw. die freie Heilfürsorge oder die truppenärztliche Versorgung nicht vor, wird zur Leistungsprüfung der Originalbeleg zusammen mit dem Ablehnungsschreiben benötigt.

[1] Höchstsatz der GOZ bzw. der GOÄ ist derzeit der 3,5-fache Satz.

2. Werden fehlende Zähne ersetzt, muss der Versicherungsnehmer den Zeitpunkt der Extraktion bzw. des Verlustes nachweisen.

4. Leistungen des Versicherungsnehmers

Zu Beginn der Versicherung ist der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter der zu versichernden Personen entspricht. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Für Personen, die das 10., 20., 30., 40., 50., 60., 70., 80., 90. Lebensjahr vollendet haben, ist ab Beginn des auf diesen Zeitpunkt folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen.

Anhang

§ 95 Sozialgesetz 5. Buch (SGB V)

Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

(1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Eine Einrichtung nach Satz 2 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 angehören und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören. Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

MÜNCHENER VEREIN
VERSICHERUNGSGRUPPE

Deutsche ZahnVersicherung

Zahnbehandlung

Tarifstufen
572
573

Die Tarifbedingungen für die Deutsche ZahnVersicherung gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung ohne Rückstellungsbildung

100 44 96/00 (04.14)

MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., Sitz München, HRB 764, AG München
Direktion: Pettenkoferstraße 19, 80336 München, Tel. 089/5152-1000, Fax 089/5152-1501, info@muenchener-verein.de, www.muenchener-verein.de

1. Versicherungsfähigkeit in der Zahnbehandlungs-Zusatzversicherung (Tarifstufen 572, 573)

Die Tarifstufen 572 und / oder 573 können nur gemeinsam mit Tarifstufe 574 (Tarif Prophylaxe) abgeschlossen und aufrecht erhalten bleiben.

2. Inhalt und Leistungen

1. Erstattungsfähig sind in **Tarifstufe 572** die Kosten für

   a) **Füllungen**

   - Einlagefüllungen (Inlays) aus Edelmetall oder Keramik,
   - Kunststofffüllungen

   sowie die damit im Zusammenhang stehenden und nach ortsüblichen Preisen berechneten zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.

   Erstattungsfähig sind die Kosten der zahnärztlichen Heilbehandlung bis zu den Höchstsätzen[1] der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ).

   Erstattet werden 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen (zahnärztliches Honorar, zahntechnische Labor- und Materialkosten).
   Von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung abgezogen.

   b) **kieferorthopädische Behandlung** bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, soweit sie im Rahmen der GOZ und der GOÄ berechnet werden darf und deren Höchstsätze nicht überschreitet sowie für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit zu den ortsüblichen Preisen berechnet.

   Erstattet werden 90 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen. Von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung abgezogen. Erbringt die GKV bzw. die freie Heilfürsorge oder die truppenärztliche Versorgung für den der zahnärztlichen Behandlung zugrunde liegenden Versicherungsfall keine Leistung, gelten pauschal 35 % der erstattungsfähigen Aufwendungen als Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung.

   Die Kosten für zahntechnische Leistungen werden dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem der Zahnarzt die angefertigten Materialien eingliedert.

2. Erstattungsfähig sind in **Tarifstufe 573** die Kosten für

   - Wurzelbehandlungen,
   - Parodontosebehandlungen,
   - Aufbissbehelfe und Schienen (Knirscherschienen), nicht jedoch im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung

   Erstattet werden 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen (zahnärztliches Honorar, zahntechnische Labor- und Materialkosten). Von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung abgezogen.

   Erstattungsfähig sind die Kosten der zahnärztlichen Heilbehandlung bis zu den Höchstsätzen[1] der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ).

   Die Kosten für zahntechnische Leistungen werden dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem der Zahnarzt die angefertigten Materialien eingliedert.

3. Leistungsumfang

   In den ersten vier Versicherungsjahren leistet der Versicherer je versicherte Person und je Tarifstufe wie folgt:

   a) im ersten Versicherungsjahr bis zu 300 EUR,
   b) in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen bis zu 600 EUR,
   c) in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen bis zu 900 EUR,
   d) in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen bis zu 1.200 EUR.

   Ab dem fünften Versicherungsjahr leistet der Versicherer unbegrenzt.

   Ist die zahnärztliche Heilbehandlung nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen, wird auch in den ersten vier Versicherungsjahren unbegrenzt geleistet. Als Unfall gilt nicht, wenn der Schaden an einem Zahn durch die Nahrungsaufnahme eingetreten ist.

4. Heil- und Kostenplan

   Bei einer bevorstehenden Versorgung mit Inlays oder einer Parodontalbehandlung oder kieferorthopädischen Behandlung rät der Versicherer zur vorherigen Erstellung eines Heil- und Kostenplans durch den Zahnarzt. Der Versicherer gibt dem Versicherungsnehmer nach Vorlage des Heil- und Kostenplans Auskunft über die zu erwartende Versicherungsleistung.

---

[1] Höchstsatz der GOZ bzw. der GOÄ ist derzeit der 3,5-fache Satz.

5. Der Versicherer leistet, wenn bei einer versicherten Person während des Versicherungsschutzes erstmals eine medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlung von einem approbierten, niedergelassenen Zahnarzt angeraten oder bei diesem durchgeführt wird. Die versicherte Person kann auch Behandlungen in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) in Anspruch nehmen.

   Für Zahnbehandlungsmaßnahmen, die vor Versicherungsbeginn angeraten oder begonnen worden sind, wird nicht geleistet.

3. Wartezeit

Abweichend von § 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen entfällt die Wartezeit.

4. Leistungsnachweis

Mit dem Antrag auf Leistungen sind Nachweise über die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung vorzulegen. Leistet die GKV bzw. die freie Heilfürsorge oder die truppenärztliche Versorgung nicht vor, wird zur Leistungsprüfung der Originalbeleg zusammen mit dem Ablehnungsschreiben benötigt.

5. Leistungen des Versicherungsnehmers

Zu Beginn der Versicherung ist der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter der zu versichernden Personen entspricht. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Für Personen, die das 10., 20., 30., 40., 50., 60., 70., 80., 90. Lebensjahr vollendet haben, ist ab Beginn des auf diesen Zeitpunkt folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen.

Anhang

§ 95 Sozialgesetz 5. Buch (SGB V)

Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

(1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Eine Einrichtung nach Satz 2 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 angehören und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören. Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

MÜNCHENER VEREIN
VERSICHERUNGSGRUPPE

Deutsche ZahnVersicherung

Zahn-Prophylaxe

Tarifstufe
574

Die Tarifbedingungen für die Deutsche ZahnVersicherung gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung ohne Rückstellungsbildung

100 44 97/00 (04.14)

MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., Sitz München, HRB 764, AG München
Direktion: Pettenkoferstraße 19, 80336 München, Tel. 089/5152-1000, Fax 089/5152-1501, info@muenchener-verein.de, www.muenchener-verein.de

1. Versicherungsfähigkeit in der Zahnprophylaxe-Zusatzversicherung (Tarifstufe 574)

Tarifstufe 574 kann nur zu einer Zahnersatz-Zusatzversicherung oder einer Zahnbehandlungs-Zusatzversicherung der Münchener Verein Krankenversicherung a.G. abgeschlossen werden. Endet die Versicherung in der Zahnersatz- oder Zahnbehandlungs-Zusatzversicherung, so endet auch die Versicherung in Tarifstufe 574, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

2. Inhalt und Leistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für Zahnprophylaxe.

Hierunter fallen die folgenden nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnungsfähigen Behandlungen:

- die Erstellung eines Mundhygienestatus,
- die eingehende Unterweisung zur Vorbeugung von Karies und parodontalen Erkrankungen,
- die Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- die Kontrolle des Übungserfolges,
- die Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit ausgehärtetem Kunststoff,
- die Behandlung überempfindlicher Zähne,
- die Erstellung des Parodontalstatus einschließlich Parodontaldiagnostik,
- die Beseitigung von scharfen Zahnkanten, grober Vorkontakte der Okklusion und Zahnbelägen,
- die lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer indivduell gefertigten Schiene als Medikamententräger,
- die professionelle Zahnreinigung: Diese umfasst das Entfernen der supragingivalen / gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen.

Erstattungsfähig sind die Kosten der zahnärztlichen Heilbehandlung bis zu den Höchstsätzen[1] der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ).

Der Versicherer erstattet je Versicherungsjahr 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen bis zur Höhe von 170 EUR.

Von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung abgezogen.

Der Versicherer leistet, wenn bei einer versicherten Person während des Versicherungsschutzes die Zahnprophylaxe von einem approbierten, niedergelassenen Zahnarzt angeraten oder bei diesem durchgeführt wird. Die versicherte Person kann auch Behandlungen in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) in Anspruch nehmen.

3. Wartezeit

Abweichend von § 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen entfällt die Wartezeit.

4. Leistungsnachweis

Mit dem Antrag auf Leistungen sind Nachweise über die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung einzureichen. Leistet die GKV bzw. die freie Heilfürsorge oder die truppenärztliche Versorgung einmal nicht vor, wird zur Leistungsprüfung der Originalbeleg benötigt.

5. Leistungen des Versicherungsnehmers

Zu Beginn der Versicherung ist der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter der zu versichernden Personen entspricht. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Für Personen, die das 10., 20., 30., 40., 50., 60., 70., 80., 90. Lebensjahr vollendet haben, ist ab Beginn des auf diesen Zeitpunkt folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen.

---

[1] Höchstsatz der GOZ bzw. der GOÄ ist derzeit der 3,5-fache Satz.

Anhang

§ 95 Sozialgesetz 5. Buch (SGB V)

Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

(1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Eine Einrichtung nach Satz 2 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 angehören und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören. Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

MÜNCHENER VEREIN
VERSICHERUNGSGRUPPE

Ausgabe 04/2014

Produktinformationsblatt zur DEUTSCHEN ZAHNVERSICHERUNG – DZV – nach den Tarifstufen 570, 571 (Zahnersatz), 572, 573 (Zahnbehandlung), 574 (Zahn-Prophylaxe) und 575 (Prothesenreinigung und Fahrtkosten) auf der Grundlage der Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung ohne Rückstellungsbildung

Die nachfolgenden Produktinformationen geben Ihnen einen ersten Überblick zum angebotenen Versicherungsschutz. Die Informationen sind nicht abschließend und stellen für Sie eine Orientierungshilfe zur Wahl des Versicherungsschutzes dar.
Der verbindliche Vertragsinhalt ergibt sich ausschließlich aus Ihrem Antrag, dem Versicherungsschein und den je nach dem / den gewählten Tarif/en zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbedingungen.

1. Welche Art der Versicherung bieten wir Ihnen an?

Gegenstand des angebotenen Vertrags sind Tarife, die die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung im Bereich Zahnersatz (Tarifstufen 570, 571), Zahnbehandlung (Tarifstufen 572, 573), Zahn-Prophylaxe (Tarifstufe 574) und Prothesenreinigung und Fahrtkosten (Tarifstufe 575) ergänzen.

2. Was ist versichert?

Dem Vertrag liegen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung ohne Rückstellungsbildung und die Tarifbedingungen zur DEUTSCHEN ZAHNVERSICHERUNG nach den Tarifstufen 570, 571 (Zahnersatz), 572, 573 (Zahnbehandlung), 574 (Zahn-Prophylaxe) und 575 (Prothesenreinigung und Fahrtkosten) zu Grunde.

Die Tarifstufen 572 und / oder 573 (Zahnbehandlung) können nur gemeinsam mit Tarifstufe 574 (Zahn-Prophylaxe) abgeschlossen werden. Tarifstufe 574 kann nur zu einer Zahnersatz-Zusatzversicherung oder einer Zahnbehandlungs-Zusatzversicherung der Münchener Verein Krankenversicherung a.G. abgeschlossen werden.

Nachfolgend ein Auszug aus den wesentlichen Leistungen:

Tarifstufen 570, 571 (Zahnersatz) leistet für Zahnersatzmaßnahmen nach Vorleistung der vorrangigen Leistungsträger
- 100 %, wenn die Behandlung im Rahmen der zahnärztlichen Regelversorgung (ohne privatärztlichen Vergütungsanteil) durchgeführt wird bzw.
- wenn die Behandlung ganz oder teilweise im Rahmen der GOZ/GOÄ durchgeführt wird
  in Tarifstufe 570: 75%
  in Tarifstufe 571: 90 %.

Tarifstufe 572 (Zahnbehandlung) leistet für Zahnbehandlungen nach Vorleistung der vorrangigen Leistungsträger
- 100 % bei Füllungen
- 90 % bei kieferorthopädischer Behandlung bis zum vollendeten 21. Lebensjahr sowie mit diesen Maßnahmen im Zusammenhang stehenden zahntechnischen Laborarbeiten.

Tarifstufe 573 (Zahnbehandlung) leistet für Zahnbehandlungen nach Vorleistung der vorrangigen Leistungsträger
- 100 % bei Wurzelbehandlungen, Parodontosebehandlungen, Aufbissbehelfe und Schienen (Knirscherschiene) außerhalb einer kieferorthopädischen Behandlung.

Tarifstufe 574 (Zahn-Prophylaxe) leistet für die Kosten der Zahnprophylaxe nach Vorleistung der vorrangigen Leistungsträger
- 100 % bis maximal 170 EUR je Versicherungsjahr.

Tarifstufe 575 (Prothesenreinigung und Fahrtkosten) leistet nach Vorleistung der vorrangigen Leistungsträger
- 90 % für die professionelle Prothesenreinigung bis maximal 100 EUR je Versicherungsjahr
- für die verbleibenden Kosten / Eigenanteil für einen medizinisch notwendigen Krankentransport / Krankenfahrt zur zahnärztlichen Behandlung.

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

Den Monatsbeitrag je versicherte Person entnehmen Sie dem Antrag und dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Sie können den Beitrag wahlweise monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen. Vereinbart ist die Beitragszahlung per Lastschrifteinzugsverfahren.

Die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins, nicht aber vor dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt zu zahlen. Alle weiteren Beitragsraten sind am Ersten des Monats der vereinbarten Periode zu bezahlen. Bitte sorgen Sie rechtzeitig für eine ausreichende Deckung auf Ihrem Konto.

Wenn Sie den Erstbeitrag aus eigenem Verschulden nicht rechtzeitig zahlen, können wir solange vom Vertrag zurücktreten, bis die Zahlung erfolgt ist. Außerdem werden wir dann im Versicherungsfall nicht leisten.

Wenn ein fälliger Folgebeitrag ausbleibt, fordern wir Sie auf, den rückständigen Beitrag innerhalb einer Frist von zwei Wochen zu bezahlen. Sind Sie nach Fristablauf noch mit der Zahlung des Beitrags in Verzug, so entfällt Ihr Versicherungsschutz.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 8 AVB.

4. Was ist nicht versichert?

Ist eine Zahnersatzmaßnahme oder eine Zahnbehandlung notwendig, zahlt die GKV lediglich sog. befundbezogene Festzuschüsse. Mit der DEUTSCHEN ZAHNVERSICHERUNG betreiben Sie eine aktive Gesundheitsvorsorge. Der Versicherungsschutz kann jedoch nicht alle denkbaren Fälle umfassen. Der Beitrag müsste sonst stark erhöht werden. Vom Versicherungsschutz sind daher einige Fälle ausgenommen, siehe § 5 AVB.

Für bei Vertragsschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne besteht kein Leistungsanspruch. Für Zahnersatzmaßnahmen bzw. Zahnbehandlungsmaßnahmen, die vor Versicherungsbeginn angeraten oder begonnen worden sind, wird nicht geleistet.

Ferner sind die tariflichen Leistungen bei Zahnersatz (Tarifstufen 570, 571) und Zahnbehandlung (Tarifstufen 572, 573) in den ersten vier Versicherungsjahren begrenzt: im ersten Versicherungsjahr bis zu 300 EUR, in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen bis zu 600 EUR, in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen bis zu 900 EUR und in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen bis zu 1.200 EUR.

5. Was müssen Sie beim Vertragschluss beachten? Welche Folgen kann eine Nichtbeachtung dieser Pflichten haben?

- Die DEUTSCHE ZAHNVERSICHERUNG können Sie abschließen und weiterführen, wenn und solange für die versicherte Person ein Leistungsanspruch bei einer deutschen GKV bzw. auf freie Heilfürsorge besteht oder bei einem Anspruch auf truppenärztliche Versorgung.
- Damit der Vertrag geschlossen werden kann, sind Ihre vollständigen Kontoangaben erforderlich. Sie ermächtigen Sie uns gleichzeitig, den Beitrag von dem von Ihnen genannten Konto im Lastschrifteinzugsverfahren abzubuchen.

Sind die genannten Voraussetzungen nicht gegeben, ist ein Vertragsabschluss nicht möglich.

6. Was müssen Sie während der Vertragslaufzeit beachten?

Achten Sie bitte zur Fälligkeit des Beitrages auf Ihre Kontodeckung. Der Vertrag kann sonst nicht bestehen bleiben.

100 05 31/00 (04.14)

MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., Sitz München, HRB 764, AG München
Direktion: Pettenkoferstraße 19, 80336 München, Tel. 089/51 52-1000, Fax 089/51 52-1501, info@muenchener-verein.de, www.muenchener-verein.de
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Heinrich Traublinger, MdL a.D. · Vorstände: Dr. Rainer Reitzler (Vorsitzender) · Hartmut Krause · Karsten Kronberg · Dr. Martin Zsohar

7. Was müssen Sie tun, wenn ein Versicherungsfall eingetreten ist und was gilt, wenn Sie Ihren Pflichten nicht nachkommen?

Legen Sie Kostenbelege immer zuerst Ihrer GKV, dem Träger der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung vor. Wir benötigen zur Leistungsprüfung die Zweitschriften zusammen mit dem Erstattungsvermerk oder die Originalbelege.

Eine versicherte Person muss auf unser Verlangen jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach erforderlich ist.

Weitere Informationen über die zu beachtenden Obliegenheiten finden Sie in § 9 AVB.

Wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheiten nicht beachten, kann das schwerwiegende Konsequenzen für den Versicherungsschutz haben. Dieser kann unter bestimmten Voraussetzungen teilweise oder vollständig entfallen.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 9 AVB.

8. Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) bzw. nicht vor der Erteilung einer Lastschrifteinzugsermächtigung (Online-Abschluss).

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

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den §§ 1, 2, 7 und 11 AVB.

9. Wie lange läuft der Vertrag und wie kann dieser beendet werden?

Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Sie können das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen oder Tarife ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen.

Das Versicherungsverhältnis endet mit der Beendigung des Versicherungsschutzes in der GKV, dem Ende des Anspruchs auf freie Heilfürsorge bzw. auf truppenärztliche Versorgung oder bei Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 11 AVB.

MÜNCHENER VEREIN
VERSICHERUNGSGRUPPE

Ausgabe 04/2014

Vertragsinformationen zur DEUTSCHEN ZAHNVERSICHERUNG – DZV – nach den Tarifstufen 570, 571 (Zahnersatz), 572, 573 (Zahnbehandlung), 574 (Zahn-Prophylaxe) und 575 (Prothesenreinigung und Fahrtkosten)

Informationen zum Versicherer

Ihr **Vertragspartner** ist die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. mit Sitz in München, eingetragen im Handelsregister beim Amtsgericht München unter HRB 764.

Das Unternehmen wird **vertreten** durch den Vorstand. Mitglieder des Vorstands sind: Dr. Rainer Reitzler (Vorsitzender), Hartmut Krause, Karsten Kronberg, Dr. Martin Zsohar.

Die Postadresse unserer Direktion lautet **Pettenkoferstraße 19, 80336 München.** Sie erreichen uns unter Telefon: 089/5152-1000, Telefax: 089/5152-1501, E-Mail: info@muenchener-verein.de

Die **ladungsfähige Anschrift** des Versicherers lautet: MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., Pettenkoferstr. 19, 80336 München

Die **Hauptgeschäftstätigkeit** des Versicherers besteht satzungsgemäß in der Gewährung von Krankenversicherungsschutz an die Mitglieder des Versicherungsvereins.

Informationen zur angebotenen Leistung

Ihrem Vertrag liegen die **Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung ohne Rückstellungsbildung und Tarifbestimmungen zur DEUTSCHEN ZAHNVERSICHERUNG nach den Tarifstufen 570, 571 (Zahnersatz), 572, 573 (Zahnbehandlung), 574 (Zahn-Prophylaxe) und 575 (Prothesenreinigung und Fahrtkosten)** zu Grunde.

Das Vertragsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

Angaben über **Art, Umfang, Fälligkeit** und **Erfüllung** der Versicherungsleistung entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Der **Gesamtpreis** Ihrer Versicherung ist im Antrag und im Versicherungsschein sowie einem eventuellen Nachtrag zum Versicherungsschein ausgewiesen. Zusätzlich zum Beitrag fallen keine weiteren Kosten, Steuern oder Gebühren an.

Die **Zahlung** der Versicherungsprämie erfolgt per Lastschrifteinzugsverfahren. Die Zahlungsmodalitäten ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Gültigkeitsdauer der Informationen:
Die vorliegenden Informationen sind nur solange gültig, wie die ihrer Erstellung zugrunde liegenden Umstände unverändert bleiben.

Informationen zum Vertrag

Zustandekommen des Vertrages
Das Versicherungsverhältnis kommt mit dem Eingang des Antrags bei der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. zustande, sofern die Beiträge von Ihrem Konto im Lastschrifteinzugsverfahren abgebucht werden können und Sie nicht von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch machen.

Widerrufsrecht
Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.
Der Widerruf ist zu richten an die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., KVB-Team, 80283 München (oder Hausanschrift: Pettenkoferstr. 19, 80336 München). Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: (089) 5152-4020.

Widerrufsfolgen
Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; von dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Beitrag beträgt der Einbehalt bei vereinbarter monatlicher Zahlungsweise 1/30, bei vierteljährlicher Zahlungsweise 1/90, bei halbjährlicher Zahlungsweise 1/180, bei jährlicher Zahlungsweise 1/360 für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat.
Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Vertragsdauer / Kündigung
Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Sie können das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen oder Tarife ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen.

Versicherungsjahr
Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet zum 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

Vertragsrecht und -sprache
Der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss des Vertrages legen wir das Recht der Bundesrepublik Deutschland zugrunde.

Im Rahmen des Abschlusses sowie für die Dauer des Vertragsverhältnisses kommt ausschließlich die deutsche Sprache zur Anwendung.

Informationen zur Schlichtung von Streitigkeiten

Wir sind stets bemüht, im Vertragsverhältnis alles zu Ihrer Zufriedenheit zu gestalten. Sollte es gleichwohl einmal zu Unstimmigkeiten kommen, über die wir kein Einvernehmen erzielen können, haben Sie die Möglichkeit, sich außergerichtlich an den

Ombudsmann für die private
Kranken- und Pflegeversicherung
Kronenstraße 13, 10117 Berlin
Tel. 0 18 02/55 04 44, Fax 030/20 45 89 31

zu wenden.

Der Ombudsmann ist auch Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherten und Versicherungsvermittlern.

Der Ombudsmann nimmt sich kostenfrei der Anliegen von Versicherten zu ihrem Versicherungsschutz an. Er behandelt eine Beschwerde nicht, wenn diese bereits vor einem Gericht, einer Schiedsstelle oder einer anderen Streitschlichtungseinrichtung verhandelt wird oder von einer solchen Stelle entschieden wurde, ebenso dann nicht, wenn die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht damit befasst ist oder befasst war.

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt unberührt.

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.pkv-ombudsmann.de.
Die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Sie haben auch die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn

zu wenden.

MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., Sitz München, HRB 764, AG München
Direktion: Pettenkoferstraße 19, 80336 München, Tel. 089/51 52-1000, Fax 089/51 52-1501, info@muenchener-verein.de, www.muenchener-verein.de

MÜNCHENER VEREIN
VERSICHERUNGSGRUPPE

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Tarif DENTAL ZE-Fest

Tarifstufen 560, 561

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Allgemeine Grundsätze
§ 2 Leistungen des Versicherungsvertrages
§ 3 Eintritt des Versicherungsfalls
§ 4 Obliegenheiten
§ 5 Beitrag
§ 6 Beitragszahlung
§ 7 Änderung von Beitrag oder Versicherungsbedingungen
§ 8 Vertragslaufzeit
§ 9 Gerichtsstand

100 33 61/01 (01.14)

MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., Sitz München, HRB 764, AG München
Direktion: Pettenkoferstraße 19, 80336 München, Tel. 089/5152-1000, Fax 089/5152-1501, info@muenchener-verein.de, www.muenchener-verein.de

§ 1 Welche allgemeinen Grundsätze sind für Ihren Versicherungsvertrag wichtig?

1. Den Umfang des Versicherungsschutzes ersehen Sie aus dem Versicherungsschein, etwaigen späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Bedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Der Versicherungsvertrag unterliegt ausschließlich deutschem Recht.

2. Tarif Dental ZE-Fest können Sie abschließen und weiterführen, wenn und solange für Sie ein Leistungsanspruch bei einer deutschen GKV besteht. Bitte beachten Sie, dass Ihr Versicherungsschutz entfällt, wenn dieser Leistungsanspruch nicht mehr gegeben ist. Das ist selbst dann der Fall, wenn die Beiträge weiter entrichtet werden.

3. Ihren Versicherungsantrag nehmen wir mit der Zusendung des Versicherungsscheins an. Bei Antragstellung über das Internet kommt der Vertrag im Übrigen online zustande, wenn die Beiträge von Ihrem Konto im Lastschrifteinzugsverfahren abgebucht werden können.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) bzw. nicht vor der Erteilung einer Lastschriftermächtigung (Online-Abschluss). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

Der Versicherungsschutz endet - auch für laufende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

4. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

5. Willenserklärungen und Anzeigen müssen Sie schriftlich an uns richten, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 2 Welche Leistungen bieten wir Ihnen im Tarif DENTAL ZE-Fest?

1. Wir leisten, wenn einer im Tarif DENTAL ZE-Fest versicherten Person während des Versicherungsschutzes erstmals eine medizinisch notwendige Zahnersatzmaßnahme für bei Vertragsschluss vorhandene Zähne oder Zahnersatz von einem approbierten, niedergelassenen Zahnarzt angeraten oder bei dieser durchgeführt wird und ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht.

Eine Wartezeit besteht nicht. Für bei Vertragsschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne besteht jedoch kein Leistungsanspruch. Für Zahnersatzmaßnahmen, die vor Versicherungsbeginn angeraten oder begonnen worden sind, wird nicht geleistet.

Als Zahnersatz gelten: Stiftzähne, Kronen, Brücken, Brückenglieder, Implantate, Onlays, Prothesen, Reparaturen.

2. Für die erstattungsfähigen Aufwendungen leisten wir

- in Tarifstufe **560** in der gleichen Höhe wie die GKV und

- in Tarifstufe **561** in der doppelten Höhe der GKV-Leistung.

Unter Anrechnung der Leistung der GKV und eventueller weiterer Kostenträger ist die Erstattung auf 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen begrenzt.

3. Die tariflichen Leistungen je versicherte Person sind in den ersten vier Versicherungsjahren begrenzt:

- im ersten und zweiten Versicherungsjahr auf jeweils 350 EUR,

- im dritten und vierten Versicherungsjahr auf jeweils 700 EUR.

Ab dem fünften Versicherungsjahr entfällt die summenmäßige Leistungsbegrenzung.

Für Versicherungsfälle, die nachweislich auf einen als Folge eines nach Beginn des Versicherungsschutzes eingetretenen Unfalls zurückzuführen sind, entfällt die Summenbegrenzung in den ersten vier Versicherungsjahren. Diese tariflichen Leistungen werden dann auch nicht auf die summenmäßige Begrenzung angerechnet.

4. Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 EUR überschreiten werden, können Sie in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Wir erteilen die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, erteilen wir die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen. Wir gehen dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens bei uns. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch uns vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

5. Wir geben auf Ihr Verlangen oder das der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die wir bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt haben. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch Sie 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. Haben Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir die entstandenen Kosten.

§ 3 Was müssen Sie bei Eintritt des Versicherungsfalls beachten?

1. Legen Sie Kostenbelege immer zuerst Ihrer GKV vor. Wir benötigen zur Leistungsprüfung deren Erstattungsvermerk. Versehen mit diesem Vermerk übermitteln Sie uns sämtliche Kostenbelege über die Zahnersatzmaßnahme (z.B. Rechnungen des Zahnarztes und des zahntechnischen Labors). Die Kostenbelege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person tragen. Es müssen sich hieraus die Behandlungsdaten und die einzelnen erbrachten Leistungen ergeben. Die Belege gehen mit der Leistung in unser Eigentum über.

2. Werden fehlende Zähne ersetzt, müssen Sie den Zeitpunkt der Extraktion bzw. des Verlustes nachweisen.

3. Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten rechnen wir zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro um.

4. Wir sind verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn Sie uns diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistung benennen. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, können nur Sie selbst die Leistungen verlangen. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können im Übrigen ohne unsere Zustimmung weder abgetreten noch verpfändet oder in sonstiger Weise auf Dritte übertragen werden.

§ 4 Welche Obliegenheit haben Sie zu beachten und was ist die Folge einer Verletzung?

1. Bitte beachten Sie, dass Sie und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person auf unser Verlangen hin jede Auskunft zu erteilen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach erforderlich ist.

Auf unser Verlangen hin haben Sie oder die mitversicherte Person die behandelnden Zahnärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und sich durch einen von uns beauftragten Zahnarzt untersuchen zu lassen.

2. Haben Sie oder eine mitversicherte Person einen Ersatzanspruch gegenüber Dritten, so besteht - unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs - die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der wir aus dem Versicherungsvertrag Ersatz leisten, an uns schriftlich abzutreten.

3. Wenn Sie oder die mitversicherte Person der Mitwirkungsverpflichtung nicht nachkommen, sind wir unter den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei. Entsprechendes gilt, wenn Sie oder eine mitversicherte Person der Pflicht zur Wahrung eines Ersatzanspruchs nach § 4 Absatz 2 oder eines zur Sicherung dieses Anspruchs dienenden Rechts nicht nachkommen. Wir sind dann insoweit zur Leistung nicht verpflichtet, als wir aus diesem Grund keinen Ersatz von dem Dritten erlangen können. Gleiches gilt im Falle der fehlenden Mitwirkung bei der Durchsetzung des Anspruchs.

Das gilt nicht, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Im Falle der grob fahrlässigen Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

§ 5 Was kostet der Versicherungsschutz?

1. Die monatlichen Beitragsraten entnehmen Sie dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

2. Zu Beginn der Versicherung zahlen Sie den Beitrag, der dem Eintrittsalter der zu versichernden Person entspricht. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Sobald eine Person das 20. bzw. 65. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des auf diesen Zeitpunkt folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen.

§ 6 Wie und wann ist der Beitrag zu zahlen?

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Sie können den Beitrag wahlweise auch monatlich, vierteljährlich oder halbjährlich bezahlen. Der Jahresbeitrag wird dann insoweit gestundet. Kommen Sie mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres zur Zahlung fällig.

2. Vereinbart ist die Beitragszahlung per Lastschrifteinzugsverfahren. Der Beitrag ist jeweils zum Ersten des Monats der vereinbarten Periode zu zahlen.

3. Den ersten Beitrag bzw. die erste Beitragsrate müssen Sie, sofern nichts anderes vereinbart ist, spätestens nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen. Zahlen Sie den ersten Beitrag oder spätere Beiträge nicht oder nicht rechtzeitig, kann dies zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

4. Gegen unsere Forderung können Sie nur aufrechnen, soweit Ihre Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht können Sie jedoch als Mitglied eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit nicht aufrechnen.

5. Bei säumiger Zahlung werden Mahnkosten in Höhe von 5 EUR neben den Portokosten erhoben.

§ 7 Können sich Beitrag oder Versicherungsbedingungen nach Abschluss des Versicherungsvertrags ändern?

1. Wir sind berechtigt, den Beitrag zu ändern, wenn die tatsächlich erforderlichen Leistungen von den kalkulierten Versicherungsleistungen um mehr als 10 % abweichen. Um entsprechende Feststellungen treffen zu können, vergleichen wir mindestens einmal jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen.

2. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden und auf die Vertragsleistung bezogenen Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen können wir die Versicherungsbedingungen anpassen, wenn die Änderung zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheint und die Änderung angemessen ist. Gleiches gilt für den Fall, dass eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden ist.

3. Die geänderten Beiträge oder die Änderung in den Versicherungsbedingungen werden wir Ihnen schriftlich mitteilen. Sie gelten von Ihnen als genehmigt, wenn Sie den Versicherungsvertrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach Bekanntgabe mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienanpassung oder die Bedingungsänderung wirksam werden soll.

§ 8 Wie lange läuft der Versicherungsvertrag?

1. Der Versicherungsvertrag gilt zunächst bis zum Ende des auf das Jahr des Beginns folgenden Kalenderjahres. Er verlängert sich jeweils um ein weiteres Kalenderjahr, wenn Sie den Vertrag nicht bis spätestens 30.09. eines jeden Jahres kündigen. Sie können die Kündigung auf bestimmte versicherte Personen begrenzen. Wir verzichten auf das Recht der ordentlichen Kündigung.

2. Das Versicherungsverhältnis endet mit der Beendigung des Versicherungsschutzes in der deutschen GKV. Die Beendigung der Mitgliedschaft in der GKV müssen Sie uns innerhalb von zwei Monaten mitteilen und nachweisen.

3. Das Versicherungsverhältnis endet auch, wenn der Versicherungsnehmer verstirbt. Die mitversicherten Personen haben dann das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Eine solche Erklärung ist uns gegenüber innerhalb von zwei Monaten ab Beendigung der Versicherung abzugeben.

Auch mit dem Ableben einer mitversicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

§ 9 Was können Sie tun, wenn Sie mit einer Entscheidung nicht einverstanden sind?

1. Bitte sprechen Sie uns an, wenn Sie mit einer Entscheidung nicht einverstanden sind. Im Falle von Meinungsverschiedenheiten können Sie gegen uns gerichtete Klagen aus dem Versicherungsvertrag bei dem Gericht an unserem Sitz in München anhängig machen. Sie können die Klage aber auch bei dem Gericht des Ortes einreichen, in dessen Bezirk Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben.

2. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

3. Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

münchener verein
Zukunft. In besten Händen.

Ausgabe 01/2015

Produktinformationsblatt zum Tarif DENTAL ZE-Fest (Tarifstufen 560, 561) auf der Grundlage der Versicherungsbedingungen (AVB) für Tarif DENTAL ZE-Fest

Die nachfolgenden Produktinformationen geben Ihnen einen ersten Überblick zum angebotenen Versicherungsschutz. Die Informationen sind nicht abschließend und stellen für Sie eine Orientierungshilfe zur Wahl des Versicherungsschutzes dar.
Der verbindliche Vertragsinhalt ergibt sich ausschließlich aus Ihrem Antrag, dem Versicherungsschein und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Tarif DENTAL ZE-Fest.

1. Welche Art der Versicherung bieten wir Ihnen an?

Gegenstand des angebotenen Vertrags ist eine GKV-Ergänzungsversicherung für Zahnersatz nach Tarif DENTAL ZE-Fest (Tarifstufen 560, 561).

2. Was ist versichert?

Dem Vertrag liegen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) zu Tarif DENTAL ZE-Fest (Tarifstufen 560, 561) zu Grunde.

Nachfolgend ein Auszug aus den wesentlichen Leistungen (s. § 2 AVB):

Die beiden Tarifstufen unterscheiden sich nur im Umfang der Leistung. Bis zur Höhe von 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen leistet

- **Tarifstufe 560** in der gleichen Höhe, in der die GKV einen Festzuschuss für die Zahnersatzmaßnahme erbracht hat, was zu einer Verdoppelung der GKV-Leistungen führt.
- **Tarifstufe 561** in der doppelten Höhe, in der die GKV einen Festzuschuss für die Zahnersatzmaßnahme erbracht hat, womit der Festzuschuss der GKV verdreifacht wird.

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

Den Monatsbeitrag je versicherte Person entnehmen Sie dem Antrag und dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Sie können den Beitrag wahlweise monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen. Vereinbart ist die Beitragszahlung per Lastschrifteinzugsverfahren.

Die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins, nicht aber vor dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt zu zahlen. Alle weiteren Beitragsraten sind am Ersten des Monats der vereinbarten Periode zu bezahlen. Bitte sorgen Sie rechtzeitig für eine ausreichende Deckung auf Ihrem Konto.

Wenn Sie den Erstbeitrag aus eigenem Verschulden nicht rechtzeitig zahlen, können wir solange vom Vertrag zurücktreten, bis die Zahlung erfolgt ist. Außerdem werden wir dann im Versicherungsfall nicht leisten.

Wenn ein fälliger Folgebeitrag ausbleibt, fordern wir Sie auf, den rückständigen Beitrag innerhalb einer Frist von zwei Wochen zu bezahlen. Sind Sie nach Fristablauf noch mit der Zahlung des Beitrags in Verzug, so entfällt Ihr Versicherungsschutz.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 6 AVB.

4. Was ist nicht versichert?

Ist eine Zahnersatzmaßnahme notwendig, zahlt die GKV lediglich sog. befundbezogene Festzuschüsse. Mit DENTAL ZE-Fest können Sie Ihren Eigenanteil reduzieren. Der Versicherungsschutz kann jedoch nicht die Versorgungslücke in der gesetzlichen Krankenversicherung voll und ganz absichern. Der Beitrag müsste sonst stark erhöht werden. Vom Versicherungsschutz sind daher einige Fälle ausgenommen, siehe § 2 AVB.

Für bei Vertragsschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne besteht kein Leistungsanspruch. Für Zahnersatzmaßnahmen, die vor Versicherungsbeginn angeraten oder begonnen worden sind, wird nicht geleistet. Ferner sind die tariflichen Leistungen in den ersten vier Versicherungsjahren begrenzt: im ersten und zweiten Versicherungsjahr auf jeweils 350 EUR, im dritten und vierten Versicherungsjahr auf jeweils 700 EUR.

5. Was müssen Sie beim Vertragschluss beachten? Welche Folgen kann eine Nichtbeachtung dieser Pflichten haben?

- Tarif DENTAL ZE-Fest können Sie abschließen und weiterführen, wenn und solange für Sie ein Leistungsanspruch bei einer deutschen GKV besteht.
- Damit der Vertrag geschlossen werden kann, sind Ihre vollständigen Kontoangaben erforderlich. Sie ermächtigen Sie uns gleichzeitig, den Beitrag von dem von Ihnen genannten Konto im Lastschriftverfahren abzubuchen.

Sind die genannten Voraussetzungen nicht gegeben, ist ein Vertragsabschluss nicht möglich.

6. Was müssen Sie während der Vertragslaufzeit beachten?

Achten Sie bitte zur Fälligkeit des Beitrages auf Ihre Kontodeckung. Der Vertrag kann sonst nicht bestehen bleiben.

7. Was müssen Sie tun, wenn ein Versicherungsfall eingetreten ist und was gilt, wenn Sie Ihren Pflichten nicht nachkommen?

Legen Sie Kostenbelege immer zuerst Ihrer GKV vor. Wir benötigen zur Leistungsprüfung deren Erstattungsvermerk.

Eine versicherte Person muss auf unser Verlangen jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach erforderlich ist.

Weitere Informationen über die zu beachtenden Obliegenheiten finden Sie in den §§ 3 und 4 AVB.

Wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheiten nicht beachten, kann das schwerwiegende Konsequenzen für den Versicherungsschutz haben. Dieser kann unter bestimmten Voraussetzungen teilweise oder vollständig entfallen.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 4 AVB.

8. Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung).

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

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den §§ 1 und 8 AVB.

9. Wie lange läuft der Vertrag und wie kann dieser beendet werden?

Die Mindestvertragsdauer beläuft sich auf zwei Jahre. Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der Mindestvertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

Bei einer eventuellen Beitragserhöhung können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person auch vorzeitig kündigen.

Das Versicherungsverhältnis endet mit der Beendigung des Versicherungsschutzes in der GKV.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 8 AVB.

Münchener Verein Krankenversicherung a. G., Sitz München, HRB 764, AG München
Direktion: Pettenkoferstraße 19, 80336 München, Tel. 089/51 52-10 00, Fax 089/51 52-15 01, info@muenchener-verein.de, www.muenchener-verein.de
Aufsichtsratsvorsitzender: Heinrich Traublinger, MdL a. D. - **Vorstände:** Dr. Rainer Reitzler (Vors.), Karsten Kronberg, Dr. Martin Zsohar

MÜNCHENER VEREIN
VERSICHERUNGSGRUPPE

Allgemeine Versicherungsbedingungen

für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung ohne Rückstellungsbildung

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Allgemeine Grundsätze für den Versicherungsvertrag
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes
§ 3 Wartezeiten
§ 4 Umfang der Leistungspflicht
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes
§ 8 Beitragszahlung
§ 8 a Beitragsberechnung
§ 8 b Beitragsanpassung
§ 9 Obliegenheiten und Folgen einer Obliegenheitsverletzung
§ 10 Aufrechnung
§ 11 Ende der Versicherung
§ 12 Gerichtsstand
§ 13 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

100 30 03/00 (04.14)

MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., Sitz München, HRB 764, AG München
Direktion: Pettenkoferstraße 19, 80336 München, Tel. 089/5152-1000, Fax 089/5152-1501, info@muenchener-verein.de, www.muenchener-verein.de

§ 1 Allgemeine Grundsätze für den Versicherungsvertrag

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

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) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),

c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, etwaigen späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Bedingungen, den Tarifbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Der Versicherungsvertrag unterliegt ausschließlich deutschem Recht.

4. Die Tarife, die die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung ergänzen, können abgeschlossen und aufrechterhalten werden, wenn und solange für die versicherte Person ein Leistungsanspruch bei einer deutschen GKV bzw. auf freie Heilfürsorge besteht oder bei einem Anspruch auf truppenärztliche Versorgung.

5. 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 in Deutschland zu erbringen hätte.

6. Den Versicherungsantrag nimmt der Versicherer mit der Zusendung des Versicherungsscheins an. Bei Antragstellung über das Internet kommt der Vertrag im Übrigen online zustande, wenn die Beiträge vom Konto des Verpflichteten im Lastschrifteinzugsverfahren abgebucht werden können.

7. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

8. Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

9. Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz 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 (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3) einzuhalten. 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) bzw. nicht vor der Erteilung einer Lastschrifteinzugsermächtigung (Online-Abschluss) 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 zum Tag der Geburt erfolgt. Der Versicherungsschutz des Neugeborenen darf so umfassend sein wie der höherwertigere Versicherungsschutz eines der beiden Elternteile. Bei Geburt bestehende Anomalien und Erbkrankheiten sind ohne Risikozuschlag und ohne Wartezeiten vom Versicherungsschutz umfasst.

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.

§ 3 Wartezeiten

1. Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

2. Die allgemeine Wartezeit beträgt 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 Lebenspartnerschaft beantragt wird.

3. Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate. Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.

4. Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand auf einem Formblatt des Versicherers vorgelegt wird. Die Kosten dafür trägt der Versicherungsnehmer.

5. Gehen die ärztlichen Befundberichte nicht innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung ein, gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

6. Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

7. Bei Erhöhung des Versicherungsschutzes oder bei Wechsel aus einem Tarif mit vergleichbaren Leistungen wird die bisherige Versicherungsdauer auf die Wartezeiten angerechnet.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen und dem Versicherungsschein.

2. Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

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 Umfange auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

6. 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 Erfolg versprechend 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.

7. 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.

8. 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.

9. Zusammen mit der Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Erstattungen Dritter ist der Anspruch aus dem jeweils versicherten Tarif auf 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen begrenzt.

Als Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung gilt der Betrag, den diese als Erstattungsbetrag ansetzt. Hat die versicherte Person mit der gesetzlichen Krankenversicherung selbst zu tragende Eigenanteile (z.B. Verwaltungskosten, Selbstbehalte) vereinbart, werden diese nicht erstattet. Die Eigenanteile werden bei der Berechnung des erstattungsfähigen Betrages wie eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt. Entsprechendes gilt auch für eine eventuell zu zahlende sog. Praxisgebühr.

Besteht ein Erstattungsanspruch gegen Dritte, so sind zuerst die Leistungen des Dritten in Anspruch zu nehmen.

10. Kosten für eine ärztliche oder zahnärztliche Heilbehandlung im Ausland sind insoweit erstattungsfähig, als diese auch entsprechend den jeweils gültigen deutschen Gebührenordnungen (GOZ, GOÄ) im Rahmen der dort festgelegten Höchstsätze berechnet werden dürfen.

11. Bei Tarifwechsel werden Leistungen aus dem bisherigen Tarif für das laufende Kalenderjahr auf den Höchsterstattungsbetrag aus dem neuen Tarif angerechnet.

§ 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 Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland wird der Leistungsausschluss nur auf die Fälle begrenzt, in denen sich die versicherte Person vorsätzlich oder grob fahrlässig einem Kriegsereignis aussetzt bzw. nach Ausbruch von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen nicht innerhalb von 7 Tagen in die Bundesrepublik Deutschland oder ein sicheres Drittland ausreist, es sei denn, dass dem Versicherten aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat, die Ausreise nicht möglich ist.

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 Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifmäßig erstattet.

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. Die Kostenbelege sind immer zuerst der GKV, dem Träger der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung vorzulegen. Der Versicherer benötigt zur Leistungsprüfung die Zweitschriften zusammen mit dem Erstattungsvermerk oder die Originalbelege.

Die Kostenbelege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung, die Behandlungs- und die Bezugsdaten sowie die einzelnen erbrachten Leistungen enthalten.

Die Belege gehen mit der Leistung in das Eigentum des Versicherers über.

2. In ausländischer Währung entstandene, erstattungsfähige Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Kostenbelege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Eurowechselkurs der Europäischen Zentralbank.

Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt sind, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt am Main, nach dem jeweils neuesten Stand. Stattdessen kann aber auch durch Bank- oder Kreditkartenbeleg nachgewiesen werden, dass die zur Zahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben oder abgerechnet wurden.

3. Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistung benennt. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann der Versicherungsnehmer selbst die Leistungen verlangen.

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können im Übrigen ohne Zustimmung des Versicherers weder abgetreten noch verpfändet oder in sonstiger Weise auf Dritte übertragen werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz entfällt, wenn eine der Voraussetzungen des § 1 Absatz 4 nicht mehr gegeben ist. Das ist auch dann der Fall, wenn die Beiträge weiter entrichtet werden.

2. Der Versicherungsschutz endet - auch für laufende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

§ 8 Beitragszahlung

1. Die Beitragsrate ist dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein zu entnehmen. 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. Vereinbart ist die Beitragszahlung per Lastschrifteinzugsverfahren. 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. Zu Beginn der Versicherung ist der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter der zu versichernden Person entspricht. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Sobald eine Person ein im jeweiligen Tarif festgelegtes höheres Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des auf diesen Zeitpunkt folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

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 anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

4. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nichts anderes vereinbart ist, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

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. Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten in Höhe von 5 EUR und Portokosten verpflichtet.

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 aufgrund 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. Der Versicherer verzichtet auf das Recht auf Beitragserhöhung oder Kündigung gemäß § 19 Absatz 3 Satz 2 VVG (siehe Anhang), wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Verletzung der

vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht.

8. Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

9. Für den Einschluss von Vorerkrankungen können Zuschläge zum Tarifbeitrag (Risikozuschläge) vereinbart werden.

§ 8 a Beitragsberechnung

1. Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

2. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt.

3. Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

4. 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 diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs 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, Höchsterstattungsbeträge (Leistungshöchstgrenzen) und Pauschalleistungen angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

2. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

3. Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen, Höchsterstattungsbeträgen und Pauschalleistungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten und Folgen einer Obliegenheitsverletzung

1. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers hin jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach erforderlich ist.

Auf Verlangen des Versicherers haben der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die behandelnden Ärzte bzw. Zahnärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder Zahnarzt untersuchen zu lassen.

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

2. Haben der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person einen Ersatzanspruch gegenüber Dritten, so besteht - unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs - 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.

3. Wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person der Mitwirkungsverpflichtung nicht nachkommen, ist der Versicherer unter den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei. Entsprechendes gilt, wenn der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person der Pflicht zur Wahrung eines Ersatzanspruchs nach § 9 Absatz 2 oder eines zur Sicherung dieses Anspruchs dienenden Rechts nicht nachkommen. Der Versicherer ist dann insoweit zur Leistung nicht verpflichtet, als er aus diesem Grund keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Gleiches gilt im Falle der fehlenden Mitwirkung bei der Durchsetzung des Anspruchs.

Das gilt nicht, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Im Falle der grob fahrlässigen Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

§ 10 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

§ 11 Ende der Versicherung

1. Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

Der Versicherer verzichtet auf das Recht der ordentlichen Kündigung.

Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag insgesamt oder für einzelne versicherte Personen oder Tarife ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen.

2. Das Versicherungsverhältnis endet mit der Beendigung des Versicherungsschutzes in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, dem Ende des Anspruchs auf freie Heilfürsorge bzw. auf truppenärztliche Versorgung oder bei Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung. Das Versicherungsverhältnis endet auch, wenn der Versicherungsnehmer verstirbt.

3. Die mitversicherten Personen haben im Falle der Kündigung durch den Versicherungsnehmer oder nach seinem Ableben das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Eine solche Erklärung ist dem Versicherer gegenüber innerhalb von zwei Monaten ab Beendigung der Versicherung abzugeben.

4. Auch mit dem Ableben einer mitversicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

5. Das Versicherungsverhältnis endet für eine versicherte Person im Übrigen mit der Beendigung des Versicherungsschutzes in der deutschen GKV bzw. mit dem Ende des Anspruchs auf freie Heilfürsorge oder truppenärztliche Versorgung. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich anzuzeigen.

§ 12 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.

§ 13 Änderung 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 als 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 Vertrages 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.

Anhang

§ 1 Lebenspartnerschaftsgesetz
Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;

2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;

3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;

4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

§ 19 Versicherungsvertragsgesetz
Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 28 Abs. 1 - 4 Versicherungsvertragsgesetz
Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei der Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Versicherungsvertragsgesetz
Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Versicherungsvertragsgesetz
Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von
Gesundheitsdaten und Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

(Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindung wurde mit den Datenschutzaufsichtsbeh rden inhaltlich abgestimmt)

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die MÜN HENER VEREIN Krankenversicherung a.G., daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).
Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir ferner Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistance-Gesellschaften bei Versicherungsfällen im Ausland, weiterleiten zu dürfen.
Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei der MÜN HENER VEREIN Krankenversicherung a.G. unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten
- durch die MÜN HENER VEREIN Krankenversicherung a.G. selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der MÜN HENER VEREIN Krankenversicherung a.G. (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigene Erklärung abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G.

Ich willige ein, dass die MÜN HENER VEREIN Krankenversicherung a.G. die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

Falls wir zur Risikobeurteilung im Antrags- bzw. Anfrageverfahren oder zur Prüfung der Leistungspflicht Gesundheitsdaten bei Dritten abfragen müssen, werden wir uns direkt an Sie wenden.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen au erhalb der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G.
Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die MÜN HENER VEREIN Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die MÜN HENER VEREIN Krankenversicherung a.G. zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die MÜN HENER VEREIN Krankenversicherung a.G. tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel Assistance-Dienstleistungen für Versicherungsfälle im Ausland, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der MÜN HENER VEREIN Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung und soweit erforderlich auch für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter **www.muenchener-verein.de** eingesehen oder bei Ihrem Betreuer oder beim MÜN HENER VEREIN (089/ 51 52 10 00) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die MÜN HENER VEREIN Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die MÜN HENER VEREIN Krankenversicherung a.G. dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der MÜN HENER VEREIN Krankenversicherung a.G. und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.
Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.
Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.
Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten soweit erforderlich an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die MÜN HENER VEREIN Krankenversicherung a.G. tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.
Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z.B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.
Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.
Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die MÜN HENER VEREIN Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten in den oben genannten Fällen soweit erforderlich an den für mich zuständigen selbständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die MÜN HENER VEREIN Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Gesellschaften der Münchener Verein Versicherungsgruppe, die die Stammdaten der Versicherten in einem gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren nutzen:

Münchener Verein Krankenversicherung a.G., Münchener Verein Lebensversicherung a.G., Münchener Verein Allgemeine Versicherungs-AG

Folgende Dienstleister erheben, verarbeiten oder nutzen Gesundheitsdaten oder nach § 203 StGB geschützte Daten im Auftrag der Unternehmen der MÜNCHENER VEREIN Versicherungsgruppe:

MÜNCHENER VEREIN Allgemeine Versicherungs-AG

InterAssistance GmbH, München	Assistanceleistungen
Dr. med. V. Dittrich, EuromedClinic, Fürth	Beratungsarzt
Gutachterpool	medizinische Begutachtung
E+S Rückversicherung, Hannover	Rückversicherung
GenRe, Köln	Rückversicherung
Scor, Hannover	Rückversicherung

MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G.

IMA Deutschland GMBH, München	Auslandsassistenz
MedCare, Coral Springs, Florida, USA	Auslandsassistenz (Unterstützung bei Fällen mit Auslandsbezug und/oder Rücktransport)
Infoscore Consumer Data GmbH, Baden-Baden	Bonitätsprüfung
ARBMED GmbH, Hamburg	medizinische Begutachtung
ViaMed GmbH, Stuttgart	medizinische Begutachtung Krankenbesuche
IMB Consult GmbH, Bochum	medizinische Begutachtung
Innovas GmbH, Hamburg	medizinische Begutachtung
MEDICPROOF GmbH, Köln	medizinische Begutachtung
rehaVital Gesundheitsservice GmbH, Hamburg	Hilfsmittelversorgung
Munich Re AG, München	Rückversicherung
PASS IT-Consulting, Aschaffenburg	Zulagenverwaltung Pflege Bahr
Giesecke & Devrient GmbH, München	Chipkartenherstellung
Arvato direct services Gütersloh GmbH, Gütersloh	Pflegekarte

MÜNCHENER VEREIN Lebensversicherung a.G.

ARBMED GmbH, Hamburg	medizinische Begutachtung
Firma Ass, Sundern-Hövel	Leistungsprüfung
IMB Consult GmbH, Bochum	medizinische Begutachtung
Infoscore Consumer Data GmbH, Baden-Baden	Bonitätsprüfung
Creditreform Ganzmüller, Groher & Kollegen KG, München	Bonitätsprüfung
Partner Reinsurance Europe Limited Zurich Branch, CH-Zürich	Rückversicherung
New Reinsurance Company Ltd., CH-Zürich	Rückversicherung
Munich Re AG, München	Rückversicherung
Swiss Re Europe S.A., Niederlassung Deutschland, Unterföhring	Rückversicherung

MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., MÜNCHENER VEREIN Lebensversicherung a.G. und MÜNCHENER VEREIN Allgemeine Versicherungs-AG

Deutsche Post Direkt GmbH, Bonn	Adressrecherche
Deutsche Post Adress GmbH & Co KG, Gütersloh	Adressrecherche
Dienstleister für Druck, Kuvertierung und Versand	Durchführung von Postversand-Aktionen
IT-Consulting-Firmen	IT-techn. Prozesse/Wartung/Pflege
Shred-It, Kirchheim bei München	Akten- und Datenvernichtung
Goldberg Media AG, München	Abwicklung Erstellung VIPCard 50Plus
MAXICARD GmbH, Viersen	Herstellung VIPCard 50 Plus

MÜNCHENER VEREIN
VERSICHERUNGSGRUPPE

Ausgabe 12/2012

Erklärung zum Beginn des Versicherungsschutzes

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen

Erklärung zum Beginn des Versicherungsschutzes

Sofern der von mir beantragte Versicherungsbeginn vor dem Zeitpunkt liegt, bis zu dem ich meine Vertragserklärung widerrufen kann (siehe nachfolgende Widerrufsbelehrung), stimme ich zu, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., KVB-Team, 80283 München (oder Hausanschrift: Pettenkoferstr. 19, 80336 München). Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: (089) 5152-4020.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; von dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Beitrag beträgt der Einbehalt bei vereinbarter monatlicher Zahlungsweise 1/30, bei vierteljährlicher Zahlungsweise 1/90, bei halbjährlicher Zahlungsweise 1/180, bei jährlicher Zahlungsweise 1/360 für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat.

Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind

MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., Sitz München, HRB 764, AG München
Direktion: Pettenkoferstraße 19, 80336 München, Tel. 089/51 52-1000, Fax 089/51 52-1501, info@muenchener-verein.de, www.muenchener-verein.de