

Baustein Spezial-Krankheitskosten-Versicherung

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

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

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

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

1. Allgemeine Regelungen zum Baustein

1.1 Regelungen zum Versicherungsfall und zum Versicherungsschutz

Inhalt dieses Abschnitts:

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

1.1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

(1) Versicherungsfall

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

Als Versicherungsfall gelten auch

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

(2) Beginn und Ende des Versicherungsfalls

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

1.1.2 Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus

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

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

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

(1) Allgemeine Wartezeit

Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate. Sie entfällt

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

(2) Besondere Wartezeiten

Die besonderen Wartezeiten betragen 8 Monate und gelten für

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

(3) Beginn der Wartezeiten

Die Wartezeiten beginnen mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

(4) Erlass der Wartezeiten

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

(5) Wartezeiten bei Erweiterung des Versicherungsschutzes

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

(6) Regelungen in den Tarifbedingungen

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

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

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

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

1.1.5 Wie hoch ist die Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten?

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

1.1.6 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz?

(1) Versicherungsschutz in Europa

Versicherungsschutz besteht in allen europäischen Ländern.

(2) Versicherungsschutz außerhalb Europas

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

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

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

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

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

Wenn die →versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in

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

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

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

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

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

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

1.1.8 Wann endet der Versicherungsschutz?

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

1.2 Fälligkeit und Abrechnung unserer Leistungen

Inhalt dieses Abschnitts:

- 1.2.1 Wann werden unsere Leistungen fällig?
- 1.2.2 Welche Nachweise sind erforderlich?
- 1.2.3 An wen können wir die Leistung erbringen?
- 1.2.4 Wie rechnen wir in ausländischer Währung entstandene Kosten um?
- 1.2.5 Was gilt für Überweisungs- und Übersetzungskosten?

1.2.1 Wann werden unsere Leistungen fällig?

(1) Fälligkeit unserer Leistungen

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

(2) Ihr Anspruch auf Abschlagszahlung bei Geldleistungen

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

1.2.2 Welche Nachweise sind erforderlich?

(1) Nachweise

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

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

(2) Nachweis für ersatzweises Krankenhaustagegeld

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

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

(3) Nachweise bei anderweitigem Leistungsanspruch

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

1.2.3 An wen können wir die Leistung erbringen?

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

1.2.4 Wie rechnen wir in ausländischer Währung entstandene Kosten um?

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

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

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

1.2.5 Was gilt für Überweisungs- und Übersetzungskosten?

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

1.3 Besondere Obliegenheiten

Inhalt dieses Abschnitts:

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

1.3.1 Welche Obliegenheiten müssen nach Eintritt des Versicherungsfalls beachtet werden?

Nach Eintritt des Versicherungsfalls müssen folgende →Obliegenheiten beachtet werden:

(1) Erteilung von Auskünften

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

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

(2) Ärztliche Untersuchung

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

(3) Schadenminderung

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

(4) Leistungsanspruch aus anderen privaten Krankenversicherungsverträgen

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

1.3.2 Welche weiteren Obliegenheiten müssen beachtet werden?

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

1.3.3 Wo sind die Rechtsfolgen von Obliegenheitsverletzungen geregelt?

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

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

(1) Übergang von Ersatzansprüchen

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

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

(2) Ihre Obliegenheiten im Zusammenhang mit Ersatzansprüchen

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

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

(3) Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

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

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

(4) Übergang von Bereicherungsansprüchen

Wenn Sie an einen Leistungserbringer

- ohne rechtlichen Grund eine Vergütung gezahlt haben und
 - Ihnen deshalb gegen den Leistungserbringer ein Anspruch auf Rückzahlung zusteht,
- geht dieser Anspruch insoweit auf uns über, als wir diese Vergütung ersetzt haben. Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

(5) Ansprüche der versicherten Person

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

1.4 Nachrangige Leistungspflicht bei Ansprüchen gegen gesetzliche Leistungsträger

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

(1) Nachrangige Leistungspflicht

Wenn die →versicherte Person im Versicherungsfall

- Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder Rentenversicherung,
 - Heilfürsorge oder Unfallfürsorge
- beanspruchen kann, gehen diese Ansprüche unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz dieser gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Ansprüche auf ersatzweises Krankenhaustagegeld bleiben bestehen.

(2) Pflicht zur Abtretung des Anspruchs

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

(3) Weitere Fälle einer nachrangigen Leistungspflicht

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

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

1.5 Übertragung vertraglicher Ansprüche an Dritte

Können Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte übertragen werden?

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot gilt nicht bei bestimmungsgemäßer Verwendung der →„Card für Privatversicherte“.

1.6 Beitrag und Beitragszahlung

Inhalt dieses Abschnitts:

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

1.6.1 Woraus ergibt sich der zu zahlende Beitrag?

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

1.6.2 Wie wird der Beitrag berechnet?

(1) Grundlagen der Beitragsberechnung

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

(2) Risikozuschläge bei Änderung der Beiträge

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

(3) Leistungsausschluss oder Risikozuschlag bei Erweiterung des Versicherungsschutzes

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

1.6.3 Wird eine Alterungsrückstellung gebildet?

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

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

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

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

(1) Kindernachversicherung

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

(2) Todesfall

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

(3) Vorzeitige Vertragsbeendigung

Wenn ein Tarif dieses Bausteins vorzeitig beendet wird, können wir - soweit das Gesetz nicht etwas anderes bestimmt - nur den Teil

des Beitrags verlangen, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

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

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

(4) Berechnung des Tagesbeitrags

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

1.6.6 Welchen Beitragsnachlass erhalten Sie bei Vorauszahlung?

Ihr Beitrag ist als Monatsbeitrag kalkuliert und wird zu Beginn eines jeden Monats fällig (siehe Teil B Ziffer 2.1 Absatz 2 b)). Wenn Sie mehrere Monatsbeiträge im Voraus zahlen, erhalten Sie einen Nachlass wie folgt:

- 1 Prozent bei vierteljährlicher Vorauszahlung,
- 2 Prozent bei halbjährlicher Vorauszahlung oder
- 4 Prozent bei jährlicher Vorauszahlung.

1.6.7 Wo finden Sie weitere Regelungen zur Beitragszahlung?

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

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

1.7.1 Unser Recht zur Anpassung von Beitrag, Selbstbeteiligung und Risikozuschlag

Inhalt dieses Abschnitts:

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

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

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

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

(1) Anpassung bei Änderung der Versicherungsleistungen

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

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

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

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

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

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

(3) Ihr Kündigungsrecht

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

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

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

(1) Voraussetzungen

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Leistungen ändern, zum Beispiel wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen.

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

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

(2) Absehen von einer Beitragsanpassung

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

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

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

(4) Ihr Kündigungsrecht

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

1.7.2 Unser Recht zur Anpassung der Versicherungsbedingungen

Unter welchen Voraussetzungen können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

(1) Anpassung mit Zustimmung des Treuhanders

Wir sind berechtigt, die jeweils betroffenen Versicherungsbedingungen anzupassen, wenn sich die Verhältnisse des Gesundheitswesens nicht nur vorübergehend ändern. Hierzu gehören insbe-

sondere Änderungen von gesetzlichen Vorschriften, auf denen einzelne Regelungen des Vertrags beruhen.

Eine Anpassung von Bedingungen ist nur zulässig, wenn

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

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

(2) Ersetzen der Versicherungsbedingungen

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

(3) Keine Schlechterstellung der Versicherten

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

(4) Wirksamwerden der Änderungen

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

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

(5) Ihr Kündigungsrecht

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

1.8 Ihr Recht zur Kindernachversicherung

Welche Besonderheiten gelten für die Nachversicherung von Kindern?

(1) Nachversicherung von leiblichen Kindern

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

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

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

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

(2) Nachversicherung von Adoptivkindern

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

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

Der Versicherungsschutz des Adoptivkindes darf nicht höher oder umfassender sein als der eines versicherten Elternteils. Für ein erhöhtes Risiko können wir nach unseren für die Risikobewertung maßgeblichen Grundsätzen einen angemessenen Risikozuschlag

in Höhe von bis zu 100 Prozent des zu zahlenden Beitrags verlangen.

1.9 Beendigung des Bausteins

Inhalt dieses Abschnitts:

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

1.9.1 Welche Vertragsdauer ist vereinbart?

(1) Mindestversicherungsdauer

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

(2) Beendigung nach Zeitablauf

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

1.9.2 Wie wird das Versicherungsjahr berechnet?

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

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

(1) Allgemeine Voraussetzungen

Jede Kündigungserklärung nach den Absätzen 2 bis 4 sowie das Aufhebungsverlangen nach Absatz 5 bedarf der →Schriftform. Die Ausübung des Rechts per Fax oder per E-Mail erfüllt die Schriftform nicht.

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

(2) Ordentliche Kündigung

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

(3) Vertraglich geregelte Beitragsänderungen

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

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

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

Wenn wir den Beitrag, eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung oder einen vereinbarten Risikozuschlag nach Ziffer 1.7.1 oder nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) erhöhen, können Sie für die betroffene →versicherte Person den von der Erhöhung betroffenen Tarif dieses Bausteins zu dem Zeitpunkt kündigen, zu

dem die Änderung wirksam wird. Hierzu muss uns Ihre Kündigung bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung vorliegen.

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

(5) Anspruch auf Aufhebung

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

1.9.4 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?

(1) Ordentliches Kündigungsrecht

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

(2) Außerordentliches Kündigungsrecht

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

1.9.5 Wann endet der Baustein im Todesfall?

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

1.10 Fortsetzung des Bausteins

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

(1) Ihre Kündigung

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

(2) Trennung, Ehescheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft

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

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

(3) Tod des Versicherungsnehmers

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

(4) Unsere Kündigung wegen Zahlungsverzugs

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

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

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

2. Tarifbedingungen

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

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

Tarif ZahnFit (ZF) - Einzelversicherung

Dieser Tarif hat die Kurzbezeichnung ZF.

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

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

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

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

Die →versicherte Person ist nach diesem Tarif versicherungsfähig, solange sie Anspruch auf Leistungen aus der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung hat.

Mit Wegfall dieser Eigenschaft endet der Tarif für die betroffene versicherte Person.

2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.2.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?
- 2.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?
- 2.2.3 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?
- 2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir?
- 2.2.5 Welche Höchstbeträge gelten für alle versicherten Leistungen?
- 2.2.6 Welche Leistungen rechnen wir bei Tarifwechsel an?
- 2.2.7 Was gilt bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland?
- 2.2.8 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

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

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

2.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?

Die →versicherte Person hat die freie Wahl unter den niedergelassenen oder den in Krankenhäusern tätigen, angestellten oder beamteten, approbierten Ärzten und Zahnärzten.

2.2.3 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?

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

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

2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir?

Wir ersetzen die versicherten Aufwendungen bis zu den nach Ziffer 2.2.5 vorgesehenen Höchstbeträgen wie folgt: Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

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

(1) Aufwendungen für Füllungen (mit Ausnahme von Inlays)

a) Erstattungsprozentsatz

Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung verbleiben.

Wenn für die →versicherte Person gemäß § 53 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) ein Selbstbehalt getragen wird, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Wir sind nicht leistungspflichtig, wenn die gesetzliche Krankenversicherung keine Vorleistung erbracht hat.

b) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- Kunststoff-Füllungen,
 - Komposit-Füllungen sowie
 - Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen,
- jedoch nicht für Inlays (Einlagefüllungen).

(2) Aufwendungen für Parodontalbehandlung

a) Erstattungsprozentsatz

Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung verbleiben.

Wenn für die →versicherte Person gemäß § 53 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) ein Selbstbehalt getragen wird, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Wir sind nicht leistungspflichtig, wenn die gesetzliche Krankenversicherung keine Vorleistung für die Parodontalbehandlung erbracht hat.

b) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- die mikrobiologische Diagnostik (Speicheltest),
- das Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Knochen oder Knochenersatzmaterial und
- die gesteuerte Geweberegeneration zur Wachstumsförderung von geschädigtem Gewebe des Zahnhalteapparates.

(3) Aufwendungen für Wurzelbehandlung

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- Wurzelkanalbehandlungen und
 - Wurzelspitzenresektionen,
- wenn für diese Leistungen keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nach den jeweils geltenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) besteht.

(4) Aufwendungen für Prophylaxe

a) Versicherte Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für die

- Entfernung der Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen,
- Reinigung der Zahnzwischenräume,
- Entfernung des Biofilms,
- Oberflächenpolitur,
- Fluoridierung,
- Erstellung des Mundhygienestatus,
- eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen sowie
- Kontrolle des Übungserfolgs.

b) Versicherter Höchstbetrag

Der Ersatz von Aufwendungen für Prophylaxe ist auf höchstens 50 Euro pro →versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

2.2.5 Welche Höchstbeträge gelten für alle versicherten Leistungen?

(1) Höchstbeträge ab Versicherungsbeginn

Während der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn des Tarifs ZF gelten bei Aufwendungen nach Ziffer 2.2.4 pro →versicherte Person folgende Erstattungshöchstbeträge:

- 250 Euro während der ersten 12 Monate (1. Leistungsabschnitt)
- 500 Euro während der ersten 24 Monate (2. Leistungsabschnitt)
- 750 Euro während der ersten 36 Monate (3. Leistungsabschnitt)
- 1.000 Euro während der ersten 48 Monate (4. Leistungsabschnitt)

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

(2) Keine Erstattungshöchstbeträge bei unfallbedingten Behandlungen

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

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

(3) Anrechnung bisheriger Versicherungsdauer bei Tarifwechsel

Wenn die →versicherte Person von einem bei uns abgeschlossenen Tarif, der Leistungen für zahnärztliche Heilbehandlung beinhaltet, in Tarif ZF wechselt, wird die Versicherungsdauer im bisherigen

Tarif auf die Dauer der ab Versicherungsbeginn geltenden Erstattungshöchstbeträge im Tarif ZF angerechnet.

2.2.6 Welche Leistungen rechnen wir bei Tarifwechsel an?

Wenn die →versicherte Person von einem bei uns abgeschlossenen Tarif, der Leistungen für zahnärztliche Heilbehandlung beinhaltet, in Tarif ZF wechselt, werden die Leistungen, die nach dem bisherigen Tarif erbracht worden sind, bis zu den Erstattungshöchstbeträgen angerechnet, die sich aus Ziffern 2.2.4 und 2.2.5 ergeben.

2.2.7 Was gilt bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland?

- Abweichend von Ziffer 1.1.6 Absatz 2 Satz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein besteht während eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland Versicherungsschutz nach diesem Tarif für insgesamt 2 Monate. Der Versicherungsschutz kann durch Vereinbarung darüber hinaus verlängert werden.
- Wenn es medizinisch notwendig ist, die →versicherte Person über die ersten 2 Monate hinaus medizinisch zu behandeln, besteht abweichend von Ziffer 1.1.6 Absatz 2 Satz 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein Versicherungsschutz, solange eine Rückreise ihre Gesundheit gefährden würde. Die Begrenzung auf längstens weitere 2 Monate nach Ziffer 1.1.6 Absatz 2 Satz 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt nicht.

2.2.8 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Die Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absätze 1 und 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein entfallen. Sie müssen hierzu keinen Antrag auf Erlass der Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein stellen.

2.3 Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

2.3.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht

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

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

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.

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

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

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

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

f) für Behandlungen durch Ärzte und Zahnärzte, denen in Deutschland oder in einem anderen Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraums die Legitimation zur Ausübung des Arzt- oder Zahnarztberufs entzogen worden ist.

g) für Behandlungen nach Ziffer 2.2.4 Absätze 1 bis 3, die vor Versicherungsbeginn angeraten oder begonnen worden sind.

h) für Zuzahlungen im Sinne von § 28 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V).

i) für kieferorthopädische Behandlungen.

j) für Zahnersatz.

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

(1) Unser Recht zur Herabsetzung unserer Leistungen

Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen,

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

(2) Bemessungskriterien zur Bestimmung der angemessenen Vergütung

Aufwendungen nach

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

Andere Aufwendungen gelten als angemessen, wenn sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen.

2.4 Besondere Obliegenheit nach diesem Tarif

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

(1) Unterrichtung bei anderweitigem Versicherungsschutz

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

(2) Rechtsfolgen der Obliegenheitsverletzung

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

2.5 Nachrangige Leistungspflicht bei Ansprüchen gegen die gesetzliche Krankenversicherung

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

Ergänzend zu Ziffer 1.4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt:

(1) Nachrangige Leistungspflicht

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

(2) Pflicht zur Abtretung des Anspruchs

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

2.6 Maßgebliches Alter für den Beitrag der nächst höheren Altersstufe

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

Nach Ablauf des Monats, in dem die →versicherte Person 21 oder 60 Jahre alt geworden ist, müssen Sie den Beitrag zahlen, der im Tarif für die nächst höhere Altersstufe vorgesehen ist. Wenn sich der Beitrag erhöht, können Sie den Tarif unter den Voraussetzungen von Ziffer 1.9.3 Absätze 1 und 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein kündigen.

2.7 Besondere Regelung zur Beitragsanpassung

Welche Besonderheit gilt bei der Beitragsanpassung?

Abweichend von Ziffer 1.7.1.2 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein ist eine Beitragsanpassung ausgeschlossen, wenn bei der Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen für die jeweilige →Beobachtungseinheit des Tarifs die Abweichung nicht mehr als 10 Prozent beträgt.

Ziffer 1.7.1.2 Absatz 1 Satz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt deshalb nicht.

Im Übrigen gilt Ziffer 1.7.1.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein unverändert.

2.8 Verzicht auf Kündigungsrecht

Was gilt ergänzend für unser ordentliches Kündigungsrecht?

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

Teil B - Pflichten für alle Bausteine - Private Krankenversicherung

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

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

1. Vorvertragliche Anzeigepflicht

Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

(1) Anzeigepflicht

a) Gegenstand der Anzeigepflicht

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

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

b) Zurechnung der Kenntnis Dritter Personen

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

(2) Nachteilige Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung

a) Unsere Rechte bei Anzeigepflichtverletzung

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

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

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

b) Frist für die Ausübung unserer Rechte

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

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

(3) Ihr Kündigungsrecht bei Vertragsänderung

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

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

Die Kündigung wird erst wirksam, wenn Sie uns innerhalb der Kündigungsfrist nachweisen, dass die versicherte Person bei dem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

(4) Erweiterung des Versicherungsschutzes

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

(5) Schriftformerfordernis

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

2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung

Inhalt dieses Abschnitts:

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

2.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Zahlungsperiode

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

(2) Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

a) Erster Beitrag

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

b) Folgebeiträge

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

(3) Rechtzeitigkeit der Zahlung

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

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

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

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

(4) Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens bei fehlgeschlagenem Einzug

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

(5) Übermittlungsrisiko

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

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

(1) Gefährdung des Versicherungsschutzes

a) Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

b) Leistungsfreiheit

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

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

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

(2) Unser Rücktrittsrecht

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

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

(1) Verzug

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

(2) Fristsetzung

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

(3) Kein Versicherungsschutz bei erfolglosem Fristablauf

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

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

(4) Unser Kündigungsrecht bei erfolglosem Fristablauf

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

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

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

Unsere Kündigung wird unwirksam und der Vertrag besteht fort, wenn Sie den angemahnten Betrag innerhalb eines Monats nach-

zahlen. Die Monatsfrist beginnt mit der Kündigung oder, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, mit Ablauf der Zahlungsfrist.

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

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

(1) Mahnung bei Beitragsrückstand

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

- Sie erhalten auf Ihre Kosten eine Mahnung.
- In unserer Mahnung weisen wir Sie auf das mögliche Ruhen der Versicherungsleistungen hin.
- Für jeden angefangenen Monat des Rückstands sind ein Säumniszuschlag von einem Prozent des Beitragsrückstands sowie Mahnkosten zu zahlen.

(2) Beginn des Ruhens der Versicherungsleistungen

Wir stellen Ihnen gegenüber das Ruhen der Versicherungsleistungen fest, wenn der Zahlungsrückstand 2 Wochen nach Zugang unserer Mahnung noch höher ist als der Beitragsanteil für einen Monat.

Das Ruhen beginnt am vierten Tag, der auf den Zugang der Feststellung bei Ihnen folgt. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits in der Mahnung auf diese Folge hingewiesen haben.

(3) Haftung während der Ruhenszeit

Während der Ruhenszeit haften wir ausschließlich für versicherte Aufwendungen, die

- zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind.

Unser Aufwendungsersatz beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen.

(4) Ende des Ruhens der Versicherungsleistungen

Das Ruhen der Versicherungsleistungen endet,

- wenn Sie alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt haben oder
- wenn Sie hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB XII) werden oder
- für die versicherte Person, wenn diese hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB XII) wird.

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

(5) Fortsetzung der Versicherung im Basistarif

Die Versicherung wird im Basistarif gemäß § 12 Absatz 1a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) fortgesetzt, wenn Sie die ausstehenden

- Beitragsanteile,
- Säumniszuschläge und
- Beitreibungskosten

nicht vollständig innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens bezahlt haben.

Wenn das Ruhen der Versicherungsleistungen noch nicht geendet

hat, haften wir auch im Basistarif gemäß § 12 Absatz 1a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) ausschließlich für Aufwendungen, die

- zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind.

Unser Aufwendungsersatz beschränkt sich außerdem nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen.

3. Rechtsfolgen bei Obliegenheitsverletzungen

Inhalt dieses Abschnitts:

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

3.1 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

(1) Nachteilige Auswirkungen auf unsere Leistungspflicht

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

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

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

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

(2) Unser Kündigungsrecht

Wenn Sie eine →Obliegenheit aus diesem Vertrag verletzen, die Sie vor Eintritt des Versicherungsfalls erfüllen müssen, können wir zusätzlich zu den in Absatz 1 genannten Rechten den Vertrag fristlos kündigen. Die Kündigung können wir nur innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Verletzung Kenntnis erlangt haben, erklären.

Die Kündigung ist ausgeschlossen,

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

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

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

Teil C - Allgemeine Regelungen - Private Krankenversicherung

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

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Grundsatz

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

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

(2) Wartezeiten

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

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

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

(4) Erweiterung des Versicherungsschutzes

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

2. Versicherung für fremde Rechnung

Was gilt bei einer Versicherung für fremde Rechnung?

(1) Rechte aus dem Vertrag

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

(2) Leistungsempfänger

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

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

(3) Kenntnis und Verhalten der versicherten Person

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

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

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

Auf die Kenntnis der versicherten Person kommt es dagegen an,

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

3. Deutsches Recht

Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?

Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.

4. Zuständiges Gericht

Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

(1) Zuständiges Gericht für Ihre Klagen

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

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

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

(2) Zuständiges Gericht für unsere Klagen

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

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

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

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

(4) Schädigendes Ereignis im Ausland

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

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

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

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

5. Verjährung

Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?

(1) Verjährungsfrist und maßgebliche gesetzliche Regelungen

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

(2) Hemmung der Verjährung während unserer Leistungsprüfung

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

6. Aufrechnung

Was gilt bei Aufrechnung uns gegenüber?

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

Erläuterung von Fachausdrücken

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

Alterungsrückstellung.

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

Anwartschaftsversicherung.

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

Beobachtungseinheit.

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

Card für Privatversicherte („AllianzCard“).

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

Eintrittsalter.

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

Gruppenversicherungsvertrag.

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

Karenzzeit.

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

Kollektivvertrag.

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

Krankengeld.

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

Mindestversicherungsdauer.

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

Obliegenheit.

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

Produktgruppe UNI.

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

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

Risikoprüfung.

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

Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.

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

Schriftform.

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

schriftlich.

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

schwebender Versicherungsfall.

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

substitutiv.

Eine Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (§ 195 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz - VVG).

technische Berechnungsgrundlagen.

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

Treuhänder.

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

Übertragungswert.

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

versicherte Person.

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

Versicherungsfähigkeit.

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

Versicherungsnehmer.

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

Versicherungsbedingungen Private Krankenversicherung

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

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

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

Teil A - Leistungsbausteine

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

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

Teil B - Pflichten für alle Bausteine

Private Krankenversicherung

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

Im Einzelnen befinden sich hier folgende Regelungen:

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

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

Teil C - Allgemeine Regelungen

Private Krankenversicherung

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

Im Einzelnen befinden sich hier folgende Regelungen:

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

Erläuterung von Fachausdrücken

Wir haben uns bemüht, die Versicherungsbedingungen so verständlich wie möglich zu formulieren und auf Fachausdrücke so weit wie möglich zu verzichten. Nicht jeder Fachausdruck kann durch einen Begriff aus dem allgemeinen Sprachgebrauch ersetzt werden. Für unvermeidliche Fachausdrücke finden Sie daher im Anschluss an Ihre Versicherungsbedingungen Erläuterungen.

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

Beispiel: „→Schriftform“

2. Tarifbedingungen

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

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

Tarif ZahnBest (ZB02) - Einzelversicherung

Dieser Tarif hat die Kurzbezeichnung ZB02. Er gehört zur →Produktgruppe UNI.

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

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

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

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

Die →versicherte Person ist nach diesem Tarif versicherungsfähig, solange sie Anspruch auf Leistungen aus der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung hat.

Mit Wegfall dieser Eigenschaft endet der Tarif für die betroffene →versicherte Person.

2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.2.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?
- 2.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?
- 2.2.3 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?
- 2.2.4 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?
- 2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnersatz (einschließlich Suprakonstruktionen auf Implantaten) und Inlays?
- 2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Implantologie?
- 2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Kieferorthopädie?
- 2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Verbandmaterialien und Arzneimittel?
- 2.2.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Fissurenversiegelung?
- 2.2.10 Welche Höchstbeträge gelten für alle versicherten Leistungen?
- 2.2.11 In welchen Fällen empfehlen wir, einen Heil- und Kostenplan vorzulegen?
- 2.2.12 Was gilt bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland?
- 2.2.13 Welche Wartezeiten sind vereinbart?

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

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

2.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?

Wenn nicht unsere vorherige →schriftliche Zusage nach Ziffer 2.2.3 erforderlich ist, kann die →versicherte Person unter folgenden Leistungserbringern frei wählen.

(1) Auswahl von Ärzten oder Zahnärzten

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

(2) Auswahl von Krankenhäusern

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

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

2.2.3 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?

(1) Zusageerfordernis

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern, die auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen und die Voraussetzungen von Ziffer 2.2.2 Absatz 2 erfüllen, leisten wir nur, wenn wir vor Behandlungsbeginn eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

(2) Ausnahmen vom Zusageerfordernis

Vom Zusageerfordernis nach Absatz 1 gelten folgende Ausnahmen:

a) Notfallbehandlung

Auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage berufen wir uns nicht, soweit eine sofortige stationäre Heilbehandlung der →versicherten Person wegen eines Notfalls (zum Beispiel akut lebensbedrohender Zustand) – auch bei Notfalleinweisung – medizinisch notwendig ist.

b) Akute Behandlung während des Aufenthalts

Auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage berufen wir uns auch nicht, soweit eine sofortige stationäre Heilbehandlung der →versicherten Person wegen einer akuten Erkrankung medizinisch notwendig ist, die während des Aufenthalts in dem Krankenhaus nach Absatz 1 eintritt und nicht mit dem ursprünglichen Behandlungszweck zusammenhängt.

c) Einziges geeignetes Krankenhaus in der Nähe zum Wohnsitz

Außerdem berufen wir uns auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage nicht, wenn das Krankenhaus nach Absatz 1 das einzige geeignete Krankenhaus mit Versorgungsauftrag für die akute stationäre Heilbehandlung im Umkreis von 20 Kilometern vom Wohnsitz der →versicherten Person ist.

2.2.4 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?

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

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

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

Wir ersetzen die versicherten Aufwendungen bis zu den nach Ziffer 2.2.10 vorgesehenen Höchstbeträgen wie folgt:
Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen für zahnärztliche und die damit zusammenhängenden zahntechnischen Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

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

(1) Erstattungsprozentsätze

Wir ersetzen

- 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen (maximale Tarifleistung) unter Anrechnung der Leistung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung nach Absatz 2 für Behandlungen im Rahmen einer Regelversorgung nach § 55 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V). Das gilt nur für Behandlungen, für die keine privat Zahnärztliche Vergütung berechnet wird.
- 90 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen (maximale Tarifleistung) unter Anrechnung der Leistung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung nach Absatz 2 für Behandlungen, die über eine Regelversorgung nach § 55 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) hinausgehen oder von dieser abweichen. Das gilt für Behandlungen, für die jedenfalls teilweise eine privat Zahnärztliche Vergütung berechnet wird.

(2) Anrechnung der Leistung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

a) Anrechnung in tatsächlicher Höhe

Wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung die Aufwendungen bezuschusst hat, rechnen wir

- den auf die Aufwendungen erbrachten Zuschuss der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung und
- den für die →versicherte Person gemäß § 53 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) getragenen Selbstbehalt durch Abzug in tatsächlicher Höhe auf die maximale Tarifleistung an.

Abweichend von Ziffer 1.1.6 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein ist die Gesamterstattung auf die in Absatz 1 genannten Prozentsätze der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen begrenzt.

Wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung die Aufwendungen bezuschusst hat, müssen ergänzend zu Ziffer 1.2.2 Absatz 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein Originalrechnungen oder Rechenkopien mit einer Bestätigung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung über die Höhe der erbrachten Zuschüsse vorgelegt werden.

b) Pauschale Anrechnung

Wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung die Aufwendungen nicht bezuschusst, rechnen wir pauschal 40 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen als Leistung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung durch Abzug auf die maximale Tarifleistung an.

Diese Anrechnung in pauschaler Höhe erfolgt nur, soweit Anspruch auf Leistungen für Zahnersatz (einschließlich Suprakonstruktionen

auf Implantaten), Inlays sowie für die jeweils in diesem Zusammenhang erbrachten zahntechnischen Leistungen gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung besteht, die Aufwendungen aber nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung bezuschusst worden sind.

(3) Erstattungsfähige Aufwendungen

a) Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

aa) prothetische Leistungen, einschließlich Brücken, Stiftdenturen, Kronen, Teilkronen und Keramikverblendschalen (Veneers) sowie auf Implantaten sitzendem Zahnersatz (Suprakonstruktionen),

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

cc) Inlays (Einlagefüllungen) und

dd) die mit den Leistungen nach aa) bis cc) im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.

b) Aufwendungen für zahntechnische Leistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die im Zusammenhang mit Leistungen nach Absatz a) aa) bis cc) anfallenden zahntechnischen Leistungen, soweit sie

- im Rahmen der Regelversorgung nach § 55 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) berechnet werden oder
- bei Behandlungen mit privat Zahnärztlichem Vergütungsanteil im Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs ZB02 für zahntechnische Leistungen (siehe Ziffer 2.6) aufgeführt sind. Bei der Berechnung der erstattungsfähigen Aufwendungen legen wir maximal die darin genannten Höchstbeträge zugrunde. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Implantologie?

Wir ersetzen die versicherten Aufwendungen bis zu den nach Ziffer 2.2.10 vorgesehenen Höchstbeträgen wie folgt:

Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir 90 Prozent der Aufwendungen für implantologische Leistungen, die gemäß dem Gebührenabschnitt über implantologische Leistungen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnungsfähig sind, einschließlich der in diesem Zusammenhang anfallenden chirurgischen Leistungen, zum Beispiel dem Aufbau des Kieferknochens.

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

2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Kieferorthopädie?

Wenn die →versicherte Person noch nicht 21 Jahre alt ist, ersetzen wir die versicherten Aufwendungen bis zu den nach Ziffer 2.2.10 vorgesehenen Höchstbeträgen wie folgt:

Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen für zahnärztliche und die damit zusammenhängenden zahntechnischen Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

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

(1) Versicherte Leistungen

a) Erstattungsprozentsätze

Wir ersetzen

- 90 Prozent der nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nach

den jeweils geltenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) besteht.

Zu den anrechenbaren Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gehören auch der für die →versicherte Person gemäß § 53 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) getragene Selbstbehalt sowie der gemäß § 29 Absatz 2 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) getragene Eigenanteil, auch wenn die versicherte Person die Behandlung abbricht.

Wenn die gesetzliche Krankenversicherung keine Vorleistungen erbringt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Die geltenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sehen insbesondere eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei einer Einstufung in die Kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3 bis 5 vor.

- 90 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nach den jeweils geltenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) besteht.

Abweichend von Ziffer 1.1.6 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein ist die Gesamterstattung auf den in Satz 1 genannten Prozentsatz der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen begrenzt.

b) Erstattungsfähige Aufwendungen

aa) Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für
1. kieferorthopädische Leistungen und
2. die mit diesen Leistungen im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.

bb) Aufwendungen für zahntechnische Leistungen
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die im Zusammenhang mit Leistungen nach Absatz b) aa) Nummer 1 anfallenden zahntechnischen Leistungen, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs ZB02 für zahntechnische Leistungen (siehe Ziffer 2.6) aufgeführt sind.

Bei der Berechnung der erstattungsfähigen Aufwendungen legen wir maximal die darin genannten Höchstbeträge zugrunde. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

(2) Versicherter Höchstbetrag

Wir ersetzen die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen in Höhe von maximal 2.000 Euro pro →versicherte Person und Versicherungsfall. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Verbandmaterialien und Arzneimittel?

Wir ersetzen die versicherten Aufwendungen bis zu den nach Ziffer 2.2.10 vorgesehenen Höchstbeträgen wie folgt:
Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir die Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel im Rahmen der tariflichen Leistungszusage nach Ziffern 2.2.5 bis 2.2.7 wie die Aufwendungen, in deren Zusammenhang sie verordnet werden.

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

- zur Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten medizinisch notwendig sind und
- von einem in Ziffer 2.2.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind. Arzneimittel müssen außerdem aus der Apotheke bezogen worden sein.

Als Arzneimittel, auch wenn sie von einem Zahnarzt verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel, Nahrungsergänzungsmittel und Mittel, die vorbeugend oder

gewohnheitsmäßig genommen werden, sowie kosmetische Präparate.

2.2.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Fissurenversiegelung?

Wenn die →versicherte Person noch nicht 21 Jahre alt ist, ersetzen wir die versicherten Aufwendungen bis zu den nach Ziffer 2.2.10 vorgesehenen Höchstbeträgen wie folgt:

Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir 100 Prozent der Aufwendungen für die Versiegelung mit aushärtenden Kunststoffen von kariesfreien Zahnfissuren

- der Milch-Backen-Zähne (Milchmolaren - Zähne 54, 55, 64, 65, 74, 75, 84, 85 nach dem Zahnschema der „Fédération Dentaire Internationale“) und
- der kleinen Backenzähne des bleibenden Gebisses (Prämolaren - Zähne 14, 15, 24, 25, 34, 35, 44, 45 nach dem Zahnschema der „Fédération Dentaire Internationale“),

die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

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

2.2.10 Welche Höchstbeträge gelten für alle versicherten Leistungen?

(1) Höchstbeträge ab Versicherungsbeginn

Während der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn des Tarifs ZB02 gelten bei Aufwendungen nach Ziffern 2.2.5 bis 2.2.9 pro →versicherte Person folgende Erstattungshöchstbeträge:

- 500 Euro während der ersten 12 Monate (1. Leistungsabschnitt)
- 1.000 Euro während der ersten 24 Monate (2. Leistungsabschnitt)
- 1.500 Euro während der ersten 36 Monate (3. Leistungsabschnitt)
- 2.000 Euro während der ersten 48 Monate (4. Leistungsabschnitt)

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

(2) Keine Erstattungshöchstbeträge bei unfallbedingten Behandlungen

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

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

(3) Anrechnung bisheriger Versicherungsdauer bei Tarifwechsel

Wenn die →versicherte Person von einem bei uns abgeschlossenen Tarif, der Leistungen für zahnärztliche Heilbehandlung beinhaltet, in Tarif ZB02 wechselt, wird die Versicherungsdauer im bisherigen Tarif auf die Dauer der ab Versicherungsbeginn geltenden Erstattungshöchstbeträge im Tarif ZB02 angerechnet.

Die Leistungen, die nach bisherigen Tarifen erbracht worden sind, werden bei Aufwendungsersatz nach Tarif ZB02 bis zu dem Erstattungshöchstbetrag angerechnet, der sich aus Satz 1 ergibt.

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

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

- Zahnersatz,
- Inlays,
- implantologischen Leistungen sowie

- kieferorthopädischen Leistungen.

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

2.2.12 Was gilt bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland?

Abweichend von Ziffer 1.1.7 Absatz 2 Satz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein besteht während eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland Versicherungsschutz nach diesem Tarif für insgesamt 2 Monate. Die Möglichkeit nach Ziffer 1.1.7 Absatz 2 Satz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein, eine darüber hinausgehende Vereinbarung über die Ausdehnung des Versicherungsschutzes zu treffen, gilt unverändert.

2.2.13 Welche Wartezeiten sind vereinbart?

Es gelten die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absätze 1 und 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein, so dass die achtmonatige Wartezeit auch für Inlays, implantologische Leistungen, Verbandmaterialien und Arzneimittel sowie Fissurenversiegelung gilt.

2.3 Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

2.3.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht

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

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

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.

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

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

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

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

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

g) für im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Leistungen stehende Material- und Laborkosten, die mit den Gebühren der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) oder mit den Leistungen abgegolten sind, die im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung berechnet werden.

h) für Leistungen, die im Zusammenhang mit einer Fissurenversiegelung erbracht werden und über den in Ziffer 2.2.9 genannten Umfang hinausgehen.

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

(1) Unser Recht zur Herabsetzung unserer Leistungen

Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen,

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

(2) Bemessungskriterien zur Bestimmung der angemessenen Vergütung

Aufwendungen nach

- der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und
 - der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)
- sind nur angemessen, wenn sie nach den dort festgelegten Bemessungskriterien medizinisch gerechtfertigt sind. Andere Aufwendungen gelten als angemessen, wenn sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen.

2.4 Besondere Obliegenheit nach diesem Tarif

Welche Obliegenheit ist bei weiteren Krankenversicherungen neben Tarif ZB02 zu beachten?

(1) Abschluss einer weiteren Krankheitskosten-Versicherung

Als besondere →Obliegenheit darf für die →versicherte Person neben dem Tarif ZB02 eine weitere nicht →substitutive Krankheitskosten-Versicherung mit Anspruch auf Aufwendungsersatz für Zahnersatz nur mit unserer Einwilligung abgeschlossen werden.

(2) Rechtsfolgen der Obliegenheitsverletzung

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

2.5 Besondere Regelung zur Beitragsanpassung

Welcher höhere Prozentsatz ist für die Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen vereinbart?

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

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

2.6 Anlage: Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs ZB02

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen

Wichtige Informationen:

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen können wir dieses Verzeichnis nach Ziffer 1.7.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein anpassen.

Aufwendungen für Leistungen, die nicht im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen enthalten sind, oder Beträge, soweit sie über den genannten liegen, sind nicht erstattungsfähig.

Wir legen dem Aufwendungsersatz den erstattungsfähigen Höchstbetrag im Preis- und Leistungsverzeichnis zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer zugrunde.

Im Zusammenhang mit der Herstellung von zahntechnischen Leistungen anfallende Materialkosten (Kosten für Edelmetall, Prothesenzähne, Konfektionsteile) sind in Höhe der Herstellerpreise zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer erstattungsfähig. Darüber hinaus fallen Materialkosten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) als gesondert berechnungsfähig aufgeführt sind, unter den Versicherungsschutz.

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag in Euro
Abformpfosten/Modellimplantat repositionieren und aufschrauben, je Implantatpfosten	16,30
Abutment individuell, inkl. bearbeiten	54,60
Aufbiss-Schiene/Knirscher-Schiene/Bissführungsplatte/Okklusions-schiene	182,00
Aufstellen/Umstellen Grundeinheit	35,10
Aufstellen je Zahneinheit	9,00
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	54,60
Auswerten eines Registrats	7,80
Basis aus Kunststoff/Basis tiefgezogen	31,20
Basis unterfüttern	85,80
Basisteil unterfüttern	49,40
Basis erneuern	104,00
Bisswall aus Wachs	13,00
Bohrschablone	201,40
Brückenglied aus Keramik	118,30
Brückenglied gegossen, auch für Keramik- oder Kunststoffverblendung	70,20
Deckgold aufbrennen, nur im Frontzahn-bereich (Zahn 13 – 23/33 – 43)	10,40
Diagnostisches Aufstellen/Diagnostisches Modellieren, je Zahn	16,90
Dublieren Einzelstumpf/Modell oder Modellteil	10,40
Einarmige Klammer/Inlayklammer/Interdentalklammer/Knopfklammer/Approximalklammer/Auflage/Bonyhardklammer ohne Auflage/ Kralle	15,60
Erweitern einer Prothese, Kunststoffbasis, Metallbasis, Aufbiss-Schiene Grundeinheit	45,50
Fertigstellen Grundeinheit	78,00
Fertigstellen je Zahneinheit	5,90
Formteil für provisorische Versorgung, je Kieferhälfte	41,60
Friktionsstift inkl. Bohrung und Fräsung	20,80
Gebogene Retention, je Retention	13,00
Gegossene Retention (je Retention),	32,50

Anker für Klebebrücke	
Guss-Inlay/Galvano-Inlay (ohne Verblendung) - einflächig	78,00
Guss-Inlay/Galvano-Inlay (ohne Verblendung) - zweiflächig	88,40
Guss-Inlay/Galvano-Inlay (ohne Verblendung) - dreiflächig	102,70
Guss-Inlay/Galvano-Inlay (ohne Verblendung) - mehrflächig	109,20
Guss-Onlay/Guss-Teilkrone	101,40
Hilfsteil in Abdruck/an Basis (z. B. Röntgenkugel, Bohrhülse)	11,10
Implantatgleichskrone gegossenen	72,20
Individuell charakterisieren, nur im Frontzahnbereich (Zahn 13 – 23/33 – 43)	19,50
Individueller Löffel/Funktionslöffel	37,70
Individuelles Geschiebe	153,40
Instandsetzung einer Prothese, Kunststoffbasis, Metallbasis, Aufbiss-Schiene Grundeinheit	45,50
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet	35,10
Keramik-Inlay/Presskeramik-Inlay/Glaskeramik-Inlay - einflächig	162,50
Keramik-Inlay/Presskeramik-Inlay/Glaskeramik-Inlay - zweiflächig	175,50
Keramik-Inlay/Presskeramik-Inlay/Glaskeramik-Inlay - dreiflächig	195,00
Keramik-Inlay/Presskeramik-Inlay/Glaskeramik-Inlay - mehrflächig	195,00
Keramik-Krone/Presskeramik-Krone/Glaskeramik-Krone	169,00
Keramik-Teilkrone/Presskeramik-Teilkrone/Glaskeramik-Teilkrone/Keramik-Teilonlay/Presskeramik-Onlay/Glaskeramik-Onlay	192,40
Keramik-Verblendschale/Keramik-Veneer	99,20
Keramik-Verblendung	22,60
Konfektionsabutment, inkl. bearbeiten oder ergänzen	111,80
Konfektionsgeschiebe	10,40
Krone, Brückenglied, Inlay aufpassen, auf Kontrollmodell	94,90
Krone gegossen/Krone für Verblendung/Wurzelkappe/Galvano-Krone	44,20
Kronen- oder Brückengliedreparatur	65,00
Kunststoff-Inlay/Kunststoff-Onlay	83,20
Kunststoff-Krone	71,50
Kunststoff-Verblendung	28,60
Leistungseinheit Sprung, Bruch aus Metall	10,40
Leistungseinheit Sprung, Bruch, Wiederbefestigung eines Zahns, Basisteil aus Kunststoff	13,00
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn/Klammer einarbeiten	19,50
Leistungseinheit, Kunststoffsaattel lösen und wiederbefestigen	11,70
Lötfreie Verbindung	18,20
Lötung/Schweißverbindung	10,40
Mehraufwand für Einstellen nach Zentrik-Registat	72,20
Meso-/Mesiostruktur auf Implantat	41,60
Mess-Schablone/Implantat-/Kontroll-Schablone	44,20
Metallarmierung für provisorische Versorgung/Retention	126,10
Metallbasis - Oberkiefer, Unterkiefer	78,00
Miniplastschiene	15,60
Modell	3,90
Modell oder Zahnkranz bearbeiten	

Teil A - Baustein Krankheitskosten-Versicherung
2. Tarifbedingungen

Modell untersockeln	9,10
Modell vermessen	7,20
Modellimplantat repositionieren	11,10
Modellmontage in Artikulator	16,90
Modellpaar sockeln, dreidimensional	42,90
Modellpaar trimmen, okklusionsbezogen	20,80
Montage eines Gegenkiefermodells	10,40
Neuadjustieren/Umarbeiten einer vorhandenen Schiene oder Prothese	107,90
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	52,00
Radieren nach System	6,50
Registrierhilfen/Registraz/Zentrikplatte/Bissplatte	31,20
Remontage Prothetik (Einartikulieren und Einschleifen)	66,30
Remontage-Modell	32,50
Reponieren eines Stumpfes	4,90
Riegel	222,30
Rillen-Schulter-Geschiebe	155,40
Rohbrandeinprobe, je Zahneinheit	10,40
Rückenschutzplatte/Zahn oder Kaufläche zahnfarben hergestellt oder aus Metall	52,00
Schubverteilungsarm	97,50
Schulter aus Keramik/Glas, nur im Frontzahnbereich (Zahn 13 – 23/33 – 43)	28,60
Selektives Einschleifen	40,30
SET-UP/WAX-UP je Zahn	13,00
Silikonschlüssel	4,60
Sonderausführungen Prothesenbasis (Sonderkunststoffe verarbeiten, Gitter/Bügel einarbeiten)	54,60
Spezialmodell	42,90
Split-Cast Sockel an Modell	19,50
Steg, Grundeinheit	49,40
Steg, Längeneinheit	10,40
Steggeschiebe	152,60
Stiftaufbau	50,70
Stumpf einschließlich aller stumpfvorberreitender Maßnahmen und Dowelpin	22,20
Stumpf scannen, digitieren, digitalisieren	75,10
Stumpfmotiv/Sägemotiv	16,90
Teleskop-Krone/Konus-Krone	265,50
Übertragen einer Wachsaufstellung auf Metallbasis	5,20
Übertragungskappe	44,20
Umlaufende Fräsung	14,30
Umstellen je Zahneinheit	7,70
Unterfütterbarer Abschlussrand	15,60
Versandkosten in nachgewiesener Höhe	
Verschraubung/Verbolzung	58,50
Wurzel-/Sattelpontic, je Zahneinheit	39,00
Wurzelstift gegossen	44,20
Zahn diagnostisch beschleifen oder radieren	6,50
Zahn zahnfarben hinterlegen, je Zahn	8,50
Zahnfarbenbestimmung insgesamt	26,00
Zahnfleisch je Zahneinheit	54,60
Zahnfleischmaske, abnehmbar - je Kie-	23,40

ferhälfte/Frontzahnbereich	
Zahnkranz ausgießen	13,00
Zuschlag für Arbeiten unter Stereomikroskop, je Zahneinheit	32,50
Zweiarmige Klammer/Bonwill-Klammer/Bonyhard-Klammer mit Auflage/J-Klammer/Überwurf-Klammer	26,00
Zweitstumpf aus Kunststoff inkl. Übertragung ins Arbeitsmodell	18,20
Kieferorthopädie	
Adamsklammer	20,80
Aufbiss-Kappe aus Kunststoff, je Zahn	32,50
Aufbiss-Kappe aus Metall, je Zahn	62,40
Außenbogen individuell, auch Lipbumper, je Kiefer	71,50
Basis für Einzelkiefergerät	84,50
Basis für Funktions-Kiefer-Orthopädisches Gerät (FKO-Gerät)	149,50
Basis für schiefe Ebene aus Kunststoff	62,40
Basis für schiefe Ebene aus Metall	101,40
Coffin-Feder	39,00
Doppelbogen-Klammer	20,80
Doppelplatten-Führungssporn/-Steg	45,50
Dorn	13,00
Dreiecksklammer	13,00
Druckfeder, Zugfeder	19,50
Facebow anpassen	16,90
Feder	18,20
Funktions-Kiefer-Orthopädisches Gerät (FKO-Gerät), voreinschleifen	26,00
Frontaler oder lateraler Aufbiss, hart je Kieferhälfte/Frontzahngebiet	20,80
Frontaler oder lateraler Aufbiss, weich je Kieferhälfte/Frontzahngebiet	49,40
Funktionsfähig machen einer Schraube ohne Trennen der Basis	10,40
Grundbogen Oberkiefer oder Unterkiefer	39,00
Grundeinheit Instandsetzung KFO-Basis/-Gerät	39,00
Häkchen	13,00
Haltesporn	13,00
Headgear individuell, je Kiefer	72,20
Interokklusal-Stop	10,40
KFO Platte, voreinschleifen	10,40
Kinnkappe mit Retentionshaken	97,50
Kunststoffschild	36,40
Labialbogen, auch modifiziert oder intermaxillär, je Kiefer	40,30
Lingualbogen, je Kiefer	39,00
Lingualer Frontalbogen	26,00
Lückenhalter	23,40
Montage eines Modellpaares in Fixator	13,00
Palatinalbogen	49,40
Pelotte, je Kieferhälfte	36,40
Positioner	182,00
Protrusionsbogen, je Kiefer	26,00
Retentionsschiene	84,50
Schiefe Ebene aus Metall oder Kunststoff, je Zahneinheit	32,50
Schraube einarbeiten	41,60
Spezialschraube (Einzelzahn- Sektoren-, asymmetrischen Bewegung)	31,20

Teil A - Baustein Krankheitskosten-Versicherung
2. Tarifbedingungen

Spezialschraube zur Metallverbindung	41,60
Spike	9,10
Sporn aktiv, Rücklaufsporn, Führungs- sporn	15,60
Stop	18,20
Trennen einer Basis	19,50
U-Bügel, Federbügel	45,50
Verarbeiten eines Schlosses oder eines Röhrchens	18,20
Vorbiss oder Rückbiss	23,40
Vorhofplatte	130,00
Zugfeder	19,50
Zungengitter, je Kieferhäf- te/Frontzahngebiet	28,60