Hallesche
ALH Gruppe

Ihre Vertragsunterlagen zur Zahnzusatzversicherung Tarife plus.Z und dentPRO.80

- Wichtige Hinweise und Erklärungen des Anmeldenden und der zu versichernden Person
- Widerrufsbelehrung zur Zusatzversicherung
- Verbraucherinformation
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten Tarif plus.Z
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten Tarif dentPRO.80
- Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung – Inland
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung nach Tarif plus.Z
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung
- Tarif dentPRO.80

Hallesche
ALH Gruppe

Wichtige Hinweise und Erklärungen des Anmeldenden und der zu versichernden Person

Allgemeine Vertragsbedingungen/ Verbraucherinformation

Die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die gesetzliche Information nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und der Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung sowie der Hinweis auf das Widerrufsrecht müssen Ihnen von Ihrem Vermittler rechtzeitig vor Ihrer Vertragserklärung vollständig ausgehändigt werden.

Falls Sie auf die Aushändigung dieser Unterlagen zu diesem Zeitpunkt nicht ausdrücklich verzichtet haben, dann bestätigen Sie bitte den Erhalt der genannten Unterlagen auf der Empfangsbestätigung und senden Sie uns diese mit Ihrer Anmeldung zu.

Anwendbares Recht

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Übertragung von Rechten und Pflichten

Die Rechte und Pflichten aus diesem Versicherungsverhältnis werden vom Versicherungsnehmer auf den Hauptversicherten übertragen, insbesondere die Pflicht zur Beitragszahlung. Einzelheiten ergeben sich aus den Zusatzbedingungen sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Kundengeldsicherung

Versicherungsvertreter der Hallesche Krankenversicherung sind nicht bevollmächtigt Zahlungen, die der Versicherungsnehmer/Hauptversicherte an sie leistet, anzunehmen, es sei denn, die Hallesche Krankenversicherung hat dem Versicherungsvertreter eine schriftliche Vollmacht hierüber erteilt.

Mitversicherung ab Geburt

Mir ist bekannt, dass die Mitversicherung eines Neugeborenen ohne Risikoprüfung möglich ist, wenn die Voraussetzungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorliegen.

Eintrittsalter

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt oder geändert wird.

Versicherungsbeginn

Der Versicherungsbeginn kann nur zum 1. eines Monats, jedoch nicht rückwirkend beantragt und nicht länger als 6 Monate vorausdatiert werden.

Zustandekommen des Vertrages

Mir ist bekannt, dass mit Eingang der Anmeldung bei der Hallesche Krankenversicherung der Versicherungsvertrag zu Stande kommt. Versicherungsschutz besteht - vorbehaltlich einer eventuell vereinbarten Gesundheitsprüfung - ab dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Eingang der Anmeldung bei der Hallesche Krankenversicherung. Abweichend hiervon kann der Versicherungsbeginn bis zu zwei Monate vor Zugang der Anmeldung bei der Hallesche Krankenversicherung liegen, wenn die Allgemeinen Versicherungsbedingungen dies vorsehen. Die Beiträge sowie ggf. erforderliche Risikozuschläge sind ab dem Versicherungsbeginn zu bezahlen.

Widerrufsbelehrung zur Zusatzversicherung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- **die Versicherungsbestätigung,**
- **die Vertragsbestimmungen,**
  einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **diese Belehrung,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,**
- **und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen – sofern und soweit diese Informationen nach der Art des Gruppenversicherungsvertrages möglich sind –**

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Hallesche Krankenversicherung a. G.
Löffelstraße 34 – 38, 70597 Stuttgart (Degerloch)

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0711 6603-333

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 des in der Versicherungsbestätigung ausgewiesenen monatlichen Gesamtbeitrags pro Tag, an dem Versicherungsschutz bestand. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. *(sofern eine Betreuung durch einen Third Party Administrator erfolgt)* die Identität einer Vertreterin oder eines Vertreters des Versicherers in dem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in dem Sie Ihren Wohnsitz haben, wenn es eine solche Vertreterin oder einen solchen Vertreter gibt, oder die Identität einer anderen gewerblich tätigen Person als dem Versicherer, wenn Sie mit dieser geschäftlich zu tun haben, und die Eigenschaft, in der diese Person gegenüber Ihnen tätig wird;
3. a) die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

   b) *(sofern eine Betreuung durch einen Third Party Administrator erfolgt)* jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen einer Vertreterin oder einem Vertreter des Versicherers oder einer anderen gewerblich tätigen Person gemäß Nummer 2 und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
4. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
5. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
6. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
7. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;

10. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
    b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
12. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
13. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
14. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
16. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ihre
Hallesche Krankenversicherung

Hallesche
ALH Gruppe

Verbraucherinformation

Ihr Vertragspartner – die Hallesche

Sie schließen Ihren Versicherungsvertrag mit der Hallesche Private Krankenversicherung, in der Rechtsform des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit, mit Sitz in Stuttgart.

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit ist der Betrieb der privaten Kranken- und Pflegeversicherung in allen Arten.

Handelsregister: Amtsgericht Stuttgart
(Handelsregisternummer 2686)

Hausanschrift und ladungsfähige Anschrift

Hallesche Krankenversicherung a. G.
Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
Löffelstraße 34 – 38
70597 Stuttgart (Degerloch)

Vorstandsvorsitzender: Christoph Bohn

Postanschrift

Hallesche Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit
70166 Stuttgart

Sie erreichen uns per Telefon, Fax, E-Mail und im Internet

Telefon: 0711 6603-6603, Fax: 0711 6603-333,
E-Mail: service@hallesche.de, Internet: www.hallesche.de

Sicherungsfonds

Die Hallesche gehört dem Sicherungsfonds der privaten Krankenversicherer an, der zum Schutz der Ansprüche unserer Versicherungsnehmer und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen dient. Die Postanschrift lautet: Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln.

Aufsichtsbehörde

Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Sektor Versicherungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Wesentliche Merkmale Ihrer Versicherung

Für die Versicherung gelten die gültigen Versicherungsbedingungen der von Ihnen gewählten Tarife:

- Der Tarif (sowie ggf. Sonderbedingungen) beschreibt die Versicherungsleistungen im Detail.
- Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) ergänzen die tariflichen Regelungen.
- Sind Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung vereinbart, dann ergänzen oder ändern diese die jeweils gültigen AVB.

Die wesentlichen Merkmale Ihrer Versicherungsleistung lesen Sie auf der ersten Seite des Tarifs, die genauen vertraglichen Inhalte im Tarif und in den AVB unter „Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes“, „Umfang der Leistungspflicht“ und „Einschränkung der Leistungspflicht“ sowie in den Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung unter „Beteiligung am Gruppenversicherungsvertrag, Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes“.

Die Versicherungsleistungen sind fällig, sobald die notwendigen Erhebungen zu Ihrem Versicherungsfall abgeschlossen sind. Unsere Leistungspflicht ist erfüllt, wenn die Überweisung auf dem Konto des Versicherungsnehmers oder einer empfangsberechtigten Person gutgeschrieben wird. Die genauen Vereinbarungen zur Fälligkeit der Versicherungsleistungen finden Sie in den AVB unter „Auszahlung der Versicherungsleistungen“.

Gesamtpreis Ihrer Versicherung

Den Gesamtpreis für Ihre Versicherung lesen Sie auf der Anmeldung beziehungsweise auf der Ihrem Vertragsangebot beigefügten Versicherungsbestätigung. Darüber hinaus fallen keine zusätzlichen Kosten, Steuern oder Gebühren an. Der Beitrag auf Ihrer Versicherungsbestätigung kann von der Anmeldung abweichen, wenn dieser beispielsweise auf der Anmeldung falsch angegeben wurde. Einen möglichen Risikozuschlag vereinbaren wir in einer gesonderten schriftlichen Erklärung mit Ihnen. Liegt Ihnen bereits ein Vertragsangebot der Hallesche vor, ist dieser, soweit erforderlich, schon berücksichtigt.

Beitragszahlung

Ihr Beitrag wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Für welchen Zahlungsweg (Lastschriftverfahren oder Überweisung) und welche Zahlungsweise (monatlich, viertel- oder halbjährlich, jährlich) Sie sich entscheiden, können Sie auf Ihrer Anmeldung vermerken bzw. haben Sie uns bereits in Ihrer Angebotsanforderung mitgeteilt.

Die erste Zahlung ist spätestens bis zum Tag des vereinbarten Versicherungsbeginns fällig.
Bitte beachten Sie: Bei der kurzfristigen Auslandsreisekrankenversicherung ist jeweils der gesamte Jahres- bzw. Einmalbeitrag fällig, und es ist nur das Lastschriftverfahren möglich. Die genauen Regelungen zur Fälligkeit des Versicherungsbeitrages lesen Sie in den AVB unter „Beitragszahlung“.

Zustandekommen Ihres Versicherungsvertrages

Es gibt zwei Möglichkeiten, wie Sie Ihren Versicherungsvertrag mit uns schließen:

1. Sie haben alle vertragsrelevanten Unterlagen vor Abgabe Ihrer Anmeldung erhalten oder ausdrücklich darauf verzichtet?
   Ihr Versicherungsvertrag kommt zustande, sobald Sie von uns eine schriftliche Annahmeerklärung oder Ihre Versicherungsbestätigung erhalten. Die Hallesche verpflichtet sich, keine ordnungsgemäße Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag zurückzuweisen.
2. Sie haben bei der Hallesche eine Angebotsanforderung gestellt und danach ein Vertragsangebot erhalten?
   Ihr Versicherungsvertrag kommt zustande, sobald Sie die Anmeldung (Annahmeerklärung) und die Empfangsbestätigung unterschreiben und fristgerecht sowie ohne Änderungen an die Hallesche zurücksenden. Entscheidend ist das Datum des Eingangs Ihrer Anmeldung (Annahmeerklärung) bei der Hallesche.

Beginn Ihres Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang der Anmeldung beim Versicherer, jedoch nicht vor dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt, nicht vor Ablauf eventueller Wartezeiten und nicht vor Beginn des dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden Gruppenversicherungsvertrages.
Abweichend hiervon kann der Versicherungsbeginn bis zu 2 Monate vor Zugang der Anmeldung bei der Hallesche Krankenversicherung liegen, wenn die AVB dies vorsehen.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird insgesamt nicht geleistet, es sei denn, die Versicherungsfälle treten nach dem Vertragsschluss, aber noch vor dem Versicherungsbeginn ein.
Diese Versicherungsfälle sind nicht insgesamt, sondern nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in den Zeitraum zwischen Vertragsschluss und Versicherungsbeginn oder Wartezeiten fällt.

Für Neugeborene beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten unmittelbar nach Vollendung der Geburt – vorbehaltlich der fristgerechten Anmeldung und weiterer in den AVB genannten Voraussetzungen.

Weitere Informationen zum Beginn des Versicherungsschutzes lesen Sie in den AVB unter „Beginn des Versicherungsschutzes“ und, soweit vorgesehen, unter „Wartezeiten“ sowie – je nach gewähltem Tarif – im Kapitel „Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes“ und in den Zusatzbedingungen zum Gruppenversicherungsvertrag unter „Beteiligung am Gruppenversicherungsvertrag, Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes“ und unter „Wartezeiten“.

Vertragslaufzeit und Möglichkeiten einer Vertragsbeendigung

Ihr Versicherungsvertrag ist unbefristet. Ausnahmen gibt es in den Ausbildungs-, Auslands- und Optionstarifen, sowie in Tarif plus.U und in der Krankentagegeldversicherung. Die Ausnahmen sind in den jeweiligen Versicherungsbedingungen geregelt.

Die Möglichkeiten einer Vertragsbeendigung, insbesondere die vertraglichen Kündigungsbedingungen, lesen Sie – je nach gewähltem Tarif – in den AVB unter „Kündigung/Abmeldung durch den Versicherungsnehmer“, „Ende der Versicherung“, „Sonstige Beendigungsgründe“, „Weiterversicherung“, „Folgen von Obliegenheitsverletzungen“ und „Kündigung durch den Versicherer“. Im letztgenannten Kapitel ist auch festgeschrieben, welche Mindestvertragsdauer gilt. In den Zusatzbedingungen zum Gruppenversicherungsvertrag finden Sie unter „Beendigungsgründe des Versicherungsverhältnisses im Gruppenversicherungsvertrag“ und „Weiterversicherung“ weitere Regelungen zur Vertragsbeendigung.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit zur fristlosen Kündigung des Vertrags aus wichtigem Grund (bspw. Betrug) nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften.

Der Versicherer ist gemäß den gesetzlichen Vorgaben im Falle einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten oder zu kündigen. Im Falle einer arglistigen Täuschung bei Vertragsschluss kann der Versicherer außerdem den Versicherungsvertrag anfechten.

Im Falle des Rücktritts wegen Nichtzahlung des Erstbeitrages berechnet der Versicherer eine angemessene Geschäftsgebühr von derzeit 75 €.

Die Kündigung gegenüber dem Versicherer bedarf der Textform und ist an die Hallesche Krankenversicherung zu richten.

Vertragssprache, anwendbares Recht, Gerichtsstand

Die Sprache für das Vertragsverhältnis und für die Kommunikation während der Vertragslaufzeit ist Deutsch, sofern nichts anderes vereinbart wurde. Auf Ihren Versicherungsvertrag ist deutsches Recht anwendbar. Den Gerichtsstand lesen Sie in den AVB unter „Gerichtsstand“.

Beschwerdemöglichkeiten

Sollte es einmal zu Unstimmigkeiten kommen, lassen Sie uns dies bitte wissen. Wir finden gerne eine gemeinsame Lösung mit Ihnen.

Hallesche Service-Telefon: 0711 6603-6603, Fax: 0711 6603-333, E-Mail: service@hallesche.de

Sie können daneben aber auch kostenfrei eine außergerichtliche Streitschlichtung in Anspruch nehmen.

Außergerichtliche Streitbeilegung

Die Hallesche Krankenversicherung a. G. nimmt am Schlichtungsverfahren der Verbraucherschlichtungsstelle „OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung“ teil, die Sie wie folgt erreichen können:

OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Telefon: 0800 2550-444 (kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen)
Telefax: 030 2045-8931
E-Mail: ombudsmann@pkv-ombudsmann.de
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Voraussetzung für das Schlichtungsverfahren beim Ombudsmann ist, dass
- bereits eine Stellungnahme der Hallesche Krankenversicherung a. G. vorliegt und
- die Streitigkeit nicht bereits beigelegt ist und
- der Wert des Streitgegenstands mindestens 50 € beträgt und
- der Anspruch nicht bereits verjährt ist und sich der Versicherer auf die Verjährung beruft und
- nicht bereits ein Verfahren bei einer anderen Verbraucherschlichtungsstelle anhängig ist oder war und
- der Vorgang noch nicht an ein Gericht weitergeleitet wurde, es sei denn, das Gericht hat zur Durchführung des Schlichtungsverfahrens beim Ombudsmann das Ruhen des Verfahrens angeordnet, und
- kein vom Gericht wegen Aussichtslosigkeit der Rechtsverfolgung abgewiesener Prozesskostenhilfeantrag vorliegt.

Der Antrag zur Einleitung des Schlichtungsverfahrens ist in Textform beim Ombudsmann einzureichen.

Wenn Sie Ihren Vertrag online, beispielsweise über unsere Internetseite, abgeschlossen haben, steht Ihnen die von der Europäischen Kommission eingerichtete Plattform zur Online-Streitbeilegung zur Verfügung. Die Plattform ist unter folgendem Link zu erreichen: http://ec.europa.eu/consumers/odr/

Sie können sich außerdem an unsere Aufsichtsbehörde wenden:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt in jedem Fall erhalten.

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Stand Juni 2023

Hallesche Krankenversicherung aG Deutschland **Tarif plus.Z**

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen Überblick über Ihren Versicherungsschutz. Aussagen, die sich nur auf einen bestimmten Tarif beziehen, ist die Tarifbezeichnung vorangestellt; alle anderen Aussagen betreffen alle Tarife. **Diese Informationen sind nicht abschließend.** Einzelheiten Ihres Versicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie eventuell sonstigen getroffenen Vereinbarungen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

private Zusatzversicherung, die den gesetzlich vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ergänzt

Was ist versichert?

- ✓ Zahnersatz: Verdoppelung des Festzuschusses der gesetzlichen Krankenversicherung
- ✓ Inlays: Verdoppelung der Kassenleistung für eine Zahnfüllung in Grundversorgung

Was ist nicht versichert?

- × Wir leisten nicht, wenn ein Versicherungsfall vom Versicherten vorsätzlich herbeigeführt wurde. Das gilt auch für die daraus resultierenden Folgen.
- × Zahnersatz an bereits bei Vertragsschluss fehlenden Zähnen

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Höchstbeträge in den ersten 4 Kalenderjahren
- ! wir leisten nur nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung

Wo bin ich versichert?

- ✓ Wir leisten auch für im Ausland ausgestellte Rechnungen, wenn die gesetzliche Krankenversicherung geleistet hat.

Welche Verpflichtungen habe ich?

… vor Vertragsschluss

- Beantworten Sie unsere Fragen im Rahmen der Antragsstellung oder Angebotsanforderung wahrheitsgemäß. Fehlende, falsche oder bagatellisierte Angaben können dazu führen, dass wir vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag kündigen oder eine nachträgliche Anpassung des Vertrags vornehmen. Detaillierte Informationen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht finden Sie im Abschnitt „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ des jeweiligen Antrags/Vertragsangebots.

… während der Vertragslaufzeit

- Informieren Sie uns bitte, wenn Sie den Abschluss oder die Erhöhung eines gleichartigen Versicherungsschutzes bei einer anderen privaten Versicherung planen.
- Schließen Sie einen weiteren Tarif für Zahnleistungen - auch einen Wahltarif bei der gesetzlichen Krankenversicherung - ab, müssen Sie uns unverzüglich darüber informieren.
- Kommen Sie Ihren Pflichten während der Vertragslaufzeit nicht nach, kann dies zu einer teilweisen oder vollständigen Leistungskürzung führen. In der Zusatz- und Pflegeversicherung kann es sogar zu einer Kündigung des Vertrages kommen.

… bei Eintritt des Versicherungsfalls

- Bei offenen Fragen zum Versicherungsfall sind Sie zu jeder Auskunft verpflichtet, die wir zur Feststellung unserer Leistungsverpflichtung benötigen. Dazu zählt auch je nach Tarif die Vorlage von Rechnungen, Rezepten und Bescheinigungen.

Wann und wie zahle ich?

- Sie müssen den ersten Beitrag spätestens am Tag des vereinbarten Versicherungsbeginns zahlen. Wird der Vertrag nach Versicherungsbeginn geschlossen, ist der erste Beitrag mit Vertragsschluss fällig. Die darauf folgenden Beiträge sind je nach vereinbarter Zahlungsweise (z.B. monatlich oder jährlich) zum ersten des jeweiligen Monats fällig.
- Wird der erste oder folgende Beitrag durch Ihr Verschulden nicht rechtzeitig bezahlt, kann dies zum Ruhen Ihres Versicherungsschutzes führen, soweit Sie mit diesem Versicherungsverhältnis die Pflicht zur Versicherung erfüllen (Vollversicherung). Ansonsten kann es sogar zum vollständigen Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen.

Wann beginnt und endet die Deckung?

- Im Versicherungsschein steht der mit Ihnen vereinbarte Versicherungsbeginn. Ab diesem Versicherungsbeginn haben Sie Versicherungsschutz. Es gibt keine Wartezeiten.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende jedes Versicherungsjahres kündigen. Nach Vertragsbeginn ist dies erstmals nach Ablauf der Mindestvertragsdauer von 2 Jahren möglich.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung außerordentlich kündigen.
- Eine Kündigung bedarf der Textform und ist an die Hallesche zu richten.

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Stand Juni 2023

Hallesche Krankenversicherung aG Deutschland

Tarif dentPRO.80

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen Überblick über Ihren Versicherungsschutz. Aussagen, die sich nur auf einen bestimmten Tarif beziehen, ist die Tarifbezeichnung vorangestellt; alle anderen Aussagen betreffen alle Tarife. **Diese Informationen sind nicht abschließend.** Einzelheiten Ihres Versicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie eventuell sonstigen getroffenen Vereinbarungen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

private Zusatzversicherung, die den gesetzlich vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ergänzt

Was ist versichert?

✓ Zahnprophylaxe 2x pro Kalenderjahr bis jeweils 80 €

Was ist nicht versichert?

× Wir leisten nicht, wenn ein Versicherungsfall vom Versicherten vorsätzlich herbeigeführt wurde. Das gilt auch für die daraus resultierenden Folgen.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

! max. 3,5-facher Satz GOZ

! bei Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kinder werden nur die Sachkosten erstattet

Wo bin ich versichert?

✓ Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im Ausland haben Sie weltweiten Versicherungsschutz. Reisen Sie zum Zweck der Heilbehandlung ins Ausland, erstatten wir nach deutschem Kostenniveau, es sei denn, die Behandlung ist in Deutschland nicht möglich.

Welche Verpflichtungen habe ich?

… vor Vertragsschluss

- Beantworten Sie unsere Fragen im Rahmen der Antragsstellung oder Angebotsanforderung wahrheitsgemäß. Fehlende, falsche oder bagatellisierte Angaben können dazu führen, dass wir vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag kündigen oder eine nachträgliche Anpassung des Vertrags vornehmen. Detaillierte Informationen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht finden Sie im Abschnitt „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ des jeweiligen Antrags/Vertragsangebots.

… während der Vertragslaufzeit

- Informieren Sie uns bitte, wenn Sie den Abschluss oder die Erhöhung eines gleichartigen Versicherungsschutzes bei einer anderen privaten Versicherung planen.
- Kommen Sie Ihren Pflichten während der Vertragslaufzeit nicht nach, kann dies zu einer teilweisen oder vollständigen Leistungskürzung führen. In der Zusatz- und Pflegeversicherung kann es sogar zu einer Kündigung des Vertrages kommen.

… bei Eintritt des Versicherungsfalls

- Bei offenen Fragen zum Versicherungsfall sind Sie zu jeder Auskunft verpflichtet, die wir zur Feststellung unserer Leistungsverpflichtung benötigen. Dazu zählt auch je nach Tarif die Vorlage von Rechnungen, Rezepten und Bescheinigungen.

Wann und wie zahle ich?

- Sie müssen den ersten Beitrag spätestens am Tag des vereinbarten Versicherungsbeginns zahlen. Wird der Vertrag nach Versicherungsbeginn geschlossen, ist der erste Beitrag mit Vertragsschluss fällig. Die darauf folgenden Beiträge sind je nach vereinbarter Zahlungsweise (z.B. monatlich oder jährlich) zum ersten des jeweiligen Monats fällig.
- Wird der erste oder folgende Beitrag durch Ihr Verschulden nicht rechtzeitig bezahlt, kann dies zum Ruhen Ihres Versicherungsschutzes führen, soweit Sie mit diesem Versicherungsverhältnis die Pflicht zur Versicherung erfüllen (Vollversicherung). Ansonsten kann es sogar zum vollständigen Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen.

Wann beginnt und endet die Deckung?

- Im Versicherungsschein steht der mit Ihnen vereinbarte Versicherungsbeginn. Ab diesem Versicherungsbeginn haben Sie Versicherungsschutz. Es gibt keine Wartezeiten.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende jedes Versicherungsjahres kündigen. Nach Vertragsbeginn ist dies erstmals nach Ablauf der Mindestvertragsdauer von 2 Jahren möglich.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung außerordentlich kündigen.
- Eine Kündigung bedarf der Textform und ist an die Hallesche zu richten.

Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung – Inland

Fassung Januar 2024

English version:
www.hallesche.de/zusatzbedingungen-inland-mg103uE.pdf

Diese Zusatzbedingungen ergänzen oder ändern für Versicherungsverhältnisse im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages die jeweils gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Einzelversicherung.

§ 1 Versicherungsfähigkeit, Versicherungsnehmer, versicherte Personen

(1) Versicherungsfähig sind alle Personen, die nach dem jeweiligen Gruppenversicherungsvertrag versicherbar sind und die sonstigen Tarif- und Aufnahmevoraussetzungen erfüllen.

(2) Versicherungsnehmer ist die Gruppenspitze als der Vertragspartner des Versicherers.

(3) Hauptversicherte sind die nach den Vereinbarungen des Gruppenversicherungsvertrages bestimmten Personen, soweit sie dem Versicherer gemeldet sind.

(4) Mitversicherte Personen sind die Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Kinder und sonstige nach dem Gruppenversicherungsvertrag mitversicherbaren Personen, soweit sie zum Versicherungsschutz angemeldet sind.

(5) Sofern und soweit die Gruppenspitze als Versicherungsnehmer die ihr zustehenden Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis auf den Hauptversicherten übertragen hat, und diese vom Hauptversicherten übernommen wurden, gelten die den Versicherungsnehmer betreffenden Regelungen gleichermaßen für den Hauptversicherten.

§ 2 Beteiligung am Gruppenversicherungsvertrag, Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Die Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag ist auf dem jeweiligen Formblatt (Anmeldung) des Versicherers zu erklären; die gestellten Fragen sind für alle zu versichernden Personen vollständig zu beantworten.

(2) Der Versicherer verpflichtet sich, keine ordnungsgemäße Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag zurückzuweisen.

(3) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang der Anmeldung beim Versicherer, jedoch nicht vor dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt, nicht vor Ablauf eventueller Wartezeiten und nicht vor Beginn des dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden Gruppenversicherungsvertrages.

(4) Der in der Anmeldung genannte Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) darf nicht mehr als 6 Monate, vom Datum der Anmeldung angerechnet, in der Zukunft liegen.

(5) Für Versicherungsfälle, die vor Zugang der Anmeldung beim Versicherer eingetreten sind, und für Versicherungsfälle, die auf ein erhöhtes Risiko (z.B. Vorerkrankungen, Beruf, Sport) zurückzuführen sind, wird ab Beginn des Versicherungsschutzes nur dann geleistet, wenn sie dem Versicherer mit einer Gesundheitserklärung (s. Abs. 6) ordnungsgemäß angezeigt worden sind, und der Versicherer für sie keinen Ausschluss vom Versicherungsschutz in der Versicherungsbestätigung erklärt oder erklärt hat.

(6) Versicherungsschutz für die ausgeschlossenen Versicherungsfälle wird durch die Abgabe einer Gesundheitserklärung beantragt. Für deren Mitversicherung können Besondere Bedingungen (z.B. Risikozuschläge, Leistungshöchstbeträge) vereinbart werden.

(7) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus der Versicherungsbestätigung, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarif, diesen Zusatzbedingungen, dem Gruppenversicherungsvertrag sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(8) Der Versicherer stellt für jeden Hauptversicherten einen Versicherungsschein als Versicherungsbestätigung aus.

(9) Die Leistungseinschränkung für Verwandtenbehandlungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der

Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (§ 5 Abs. 1g)) gilt auch für die speziellen Gruppenversicherungstarife GAZ/ Gruppe, HIT/Gruppe, KKHB/Gruppe, DENT/Gruppe, PROZAHN/Gruppe, PROZAHN.Premium/Gruppe und ZahnZusatz/Gruppe.

§ 3 Wartezeiten

Es entfallen die in Teil I und Teil II der Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung und Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung genannten allgemeinen und besonderen Wartezeiten ersatzlos, soweit die jeweiligen Tarife nichts Gegenteiliges vorsehen.

§ 4 Beendigungsgründe des Versicherungsverhältnisses im Gruppenversicherungsvertrag

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages. Dies gilt auch während einer eventuell vereinbarten Mindestvertragslaufzeit.

(2) Das Versicherungsverhältnis endet ferner hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen über die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Gründe hinaus mit

a) dem Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis;

b) der Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag zum Zweck der Weiterversicherung in der Einzelversicherung nach Tarifen, die dem Gruppenversicherungsvertrag nicht zugrunde liegen (z.B. im Standardtarif oder im Basistarif).

(3) Betreffen die Beendigungsgründe den Hauptversicherten, so endet das Versicherungsverhältnis auch für die mitversicherten Personen.

§ 5 Weiterversicherung

(1) Endet die Versicherung einzelner mitversicherter Personen, so haben diese das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Hauptversicherten im Gruppenversicherungsvertrag in unmittelbarem Anschluss fortzusetzen, sofern dort weiterhin die Versicherungsfähigkeit gegeben ist. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses abzugeben.

(2) Endet die Versicherung einzelner versicherter Personen, so haben sie das Recht, die Versicherung – sofern die tariflichen Voraussetzungen dazu gegeben sind – nach den gültigen gleichartigen Tarifen des Versicherers in unmittelbarem Anschluss fortzusetzen, wenn die Fortsetzung der Versicherung innerhalb zweier Monate nach dem Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag bei dem Versicherer beantragt wird. Ausgenommen von der Weiterversicherung nach Satz 1 sind Personen, die das Ende der Versicherung gemäß § 13 (bzw. bei Tarif URZ. nach § 2 Nr. 2 und bei Tarif *plus*.Z nach § 14) der jeweils gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen selbst bewirkt haben oder bei denen das Versicherungsverhältnis außerordentlich wegen Obliegenheitsverletzungen beendet wurde.

In den Fällen, in denen die Versicherung durch Kündigung wegen Zahlungsverzugs des Hauptversicherten endet, steht das Weiterversicherungsrecht nach Satz 1 nur den mitversicherten Personen und nur in der Krankheitskostenversicherung und der Pflegekrankenversicherung zu.

(3) Endet das Versicherungsverhältnis gemäß § 4 Abs. 2c) der Zusatzbedingungen aufgrund der Fortsetzung im Basistarif, besteht für die versicherten Personen kein Weiterversicherungsrecht nach Abs. 1 und Abs. 2.

(4) In den Fällen, in denen eine Krankheitskosten- oder Pflegekrankenversicherung durch Kündigung wegen Zahlungsverzugs des Hauptversicherten endet, enden die Weiterversicherungsrechte nach Abs. 1 und Abs. 2 erst zwei Monate nachdem die mitversicherten Personen von der Kündigung und ihrem Recht auf Fortsetzung Kenntnis erlangt haben.

(5) Bei der Weiterversicherung wird die Zeit, während der die versicherte Person im Rahmen dieses Gruppenversicherungsvertrages ununterbrochen versichert war, auf etwaige Wartezeiten oder Fristen angerechnet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag verlangt oder ein Leistungsausschluss erklärt werden.

(6) Wurde für die Dauer des Versicherungsschutzes im Gruppenversicherungsvertrag auf besondere Bedingungen (z.B. Risikozuschlag, Leistungsausschluss, Verzicht auf Zahnstaffel, Leistungseinschränkung)

verzichtet, so werden diese mit der Weiterversicherung wirksam.

(7) Wird ein Gruppenversicherungsvertrag durch den Versicherer gekündigt, einvernehmlich aufgehoben oder endet der Gruppenversicherungsvertrag wegen Unterschreitens der im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Mindestpersonenzahl, so haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung, soweit eine solche gebildet wird, zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortzusetzen. Dies gilt auch bei einer Kündigung durch den Versicherungsnehmer, wenn kein neuer Versicherungsnehmer benannt wird. Die versicherten Personen werden vom Versicherer über diese Kündigung, Aufhebung oder Beendigung und das Weiterversicherungsrecht in Textform informiert. Das Weiterversicherungsrecht endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person von ihm Kenntnis erlangt hat.

(8) Für die Weiterversicherung nach dem Standardtarif bzw. Basistarif gelten die jeweiligen Ausführungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zum Wechseln in den Standardtarif bzw. in den Basistarif.

Anhang

Lebenspartnerschaftsgesetz [LPartG]

§ 1 Form und Voraussetzungen

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

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

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

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

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

3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;

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

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung nach Tarif plus.Z

Fassung Januar 2024

Wesentliche Merkmale des Tarifs plus.Z

Leistungen beim Zahnarzt

- Zahnersatz: Verdoppelung des befundbezogenen Festzuschusses der GKV
- Inlay: Verdoppelung der Kassenleistung für eine Zahnfüllung (Grundversorgung)
- Voraussetzung für den Erstattungsanspruch ist die Vorleistung der GKV
- Es gelten Höchstbeträge für die Leistung in den ersten 4 Kalenderjahren

Inhalt

§ 1 Wann können Sie sich in Tarif plus.Z versichern und wie kommt der Vertrag zustande? 2

§ 2 Welche Leistungen umfasst der Tarif plus.Z? .. 2

§ 3 Wann sind Leistungen nicht zu erstatten? 3

§ 4 Haben Sie auch einen Leistungsanspruch bei Auslandsrechnungen? 3

§ 5 Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz? 3

§ 6 Was müssen Sie beim Einreichen der Rechnungsbelege beachten? 3

§ 7 Was kostet der Versicherungsschutz? 4

§ 8 Wie und wann ist der Versicherungsbeitrag zu zahlen? 4

§ 9 Wie wird der Versicherungsbeitrag berechnet? 5

§ 10 Können sich die Versicherungsbeiträge und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen ändern? 5

§ 11 Was müssen Sie während der Vertragslaufzeit und bei Eintritt des Versicherungsfalls unbedingt beachten? 5

§ 12 Können Sie gegen Forderungen von uns aufrechnen? 6

§ 13 Was müssen Sie beachten, wenn Sie Schadenersatzansprüche gegenüber Dritten haben? 6

§ 14 Wie kann das Versicherungsverhältnis gekündigt oder beendet werden? 6

§ 15 Was müssen Sie bei Mitteilungen an uns beachten? 7

§ 16 Können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden? 7

§ 17 Wann können Sie einen Tarifwechsel verlangen? 7

Anhang – Gesetzestexte 8

§ 1 Wann können Sie sich in Tarif plus.Z versichern und wie kommt der Vertrag zustande?

(1) Sie können Tarif plus.Z abschließen, wenn Sie in der Bundesrepublik Deutschland einen Wohnsitz haben und in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Sie können Ihre Versicherung in Tarif plus.Z fortführen, solange Sie in der GKV versichert sind. Diese Voraussetzungen müssen auch für andere Personen erfüllt sein, die Sie in Tarif plus.Z versichern.

(2) Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme Ihres Versicherungsantrags zustande (= Vertragsschluss). Ihren Versicherungsantrag nehmen wir an, indem wir Ihnen einen Versicherungsschein oder eine Annahmeerklärung zusenden. Voraussetzung für die Annahme des Versicherungsantrags ist, dass Sie dem Lastschriftverfahren zugestimmt haben.

Der Antragsteller ist automatisch der Versicherungsnehmer. Als versicherte Person wird jede Person bezeichnet, die in Tarif plus.Z Versicherungsschutz hat.

§ 2 Welche Leistungen umfasst der Tarif plus.Z?

(1) Wird bei einer versicherten Person eine medizinisch notwendige Maßnahme für Zahnersatz bzw. für einen implantatgetragenen Zahnersatz durchgeführt, erhalten Sie als Versicherungsnehmer von uns den gleichen Betrag, den die GKV für diese Maßnahme im Rahmen der befundbezogenen Festzuschüsse nach § 55 SGB V (siehe Anhang) erstattet.

Als Zahnersatz gelten Kronen, Teilkronen, Brücken, Brückenglieder und Prothesen sowie die Reparatur von Zahnersatz.

(2) Bekommt eine versicherte Person im Rahmen einer medizinisch notwendigen Zahnbehandlung eine Inlay-Versorgung anstelle einer von der GKV dafür vorgesehenen Zahnfüllung, erhalten Sie als Versicherungsnehmer für die versicherte Person von uns den gleichen Betrag, den die GKV im Rahmen dieser Zahnbehandlung für eine Zahnfüllung erstattet.

Als Inlays gelten laborgefertigte Einlagefüllungen aus Metall, Kunststoff oder Keramik sowie Cerec-Inlays. Schmelz-Dentin-Adhäsive Kunststoff- bzw. Kompositfüllungen sind keine Inlays und fallen entsprechend nicht unter die Leistungen des Tarifs.

(3) Die Erstattung aus Tarif plus.Z begrenzt sich ausschließlich auf befundbezogene Festzuschüsse nach § 55 SGB V (siehe Anhang) und auf Kosten für Zahnfüllungen, die von der GKV im Rahmen der Grundversorgung übernommen werden. Dies gilt auch dann, wenn die GKV einen höheren Betrag erstattet, beispielsweise weil ein Wahltarif der GKV nach § 53 SGB V (siehe Anhang) für Zahnleistungen besteht.

(4) Versicherungsschutz besteht nur für Maßnahmen, die nach Versicherungsbeginn erstmals angeraten, beabsichtigt und begonnen wurden. Für bei Versicherungsbeginn bereits fehlende und noch nicht ersetzte Zähne besteht kein Versicherungsschutz.

(5) Voraussetzung für einen Leistungsanspruch nach § 2 Abs. 1 und 2 ist die Vorleistung der GKV.

(6) Nach Versicherungsbeginn in Tarif plus.Z besteht für eine versicherte Person in den ersten 4 Kalenderjahren Anspruch bis zu folgenden Leistungshöchstbeträgen:

- im 1. Kalenderjahr bis zu 250 €
- im 1. und 2. Kalenderjahr zusammen bis zu500 €
- im 1. bis 3. Kalenderjahr zusammen bis zu 750 €
- im 1. bis 4. Kalenderjahr zusammen bis zu 1.000
- ab dem 5. Kalenderjahr unbegrenzt

Maßgeblich für die Zuordnung zum Kalenderjahr ist der Zeitpunkt der Behandlung.

Die Leistungshöchstbeträge gelten nicht, wenn der Versicherungsfall durch einen Unfall verursacht wird, der sich nach Vertragsschluss ereignet hat. Um einen Unfall handelt es sich, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

(7) Zusammen mit der Vorleistung der GKV und Erstattungen Dritter begrenzt sich die tarifliche Leistung auf maximal 100% des erstattungsfähigen Gesamtrechnungsbetrages der jeweiligen Maßnahme.

(8) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 € überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach 4 Wo-

chen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach 2 Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

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

§ 3 Wann sind Leistungen nicht zu erstatten?

Kein Versicherungsschutz aus Tarif plus.Z besteht

- für auf Vorsatz beruhende Versicherungsfälle,
- für auf Vorsatz beruhende Unfälle

einschließlich deren Folgen.

§ 4 Haben Sie auch einen Leistungsanspruch bei Auslandsrechnungen?

(1) Wenn die Voraussetzungen nach § 2 und § 3 erfüllt sind, erstatten wir auch für im Ausland ausgestellte Rechnungen. Voraussetzung dafür ist, dass Sie uns eine deutsche Kontoverbindung nennen, auf die wir die Leistungen ausbezahlen können. Bitte beachten Sie auch § 6 Abs. 3.

(2) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten rechnen wir zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro um. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand. Sie können uns aber auch durch einen Bankbeleg nachweisen, dass Sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben haben.

§ 5 Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Annahme des Versicherungsantrags durch uns (Zugang des Versicherungsscheins oder ggf. der schriftlichen Annahmeerklärung).

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, besteht kein Leistungsanspruch. Ein Versicherungsfall beginnt mit der (zahn)ärztlichen Behandlung und endet, wenn die (zahn)ärztliche Behandlung für den vorliegenden Befund abgeschlossen ist.

(2) In Tarif plus.Z bestehen keine Wartezeiten.

(3) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Bitte beachten Sie dazu auch § 14.

§ 6 Was müssen Sie beim Einreichen der Rechnungsbelege beachten?

(1) Die Leistung der GKV ist vorab in Anspruch zu nehmen und uns nachzuweisen.

(2) Steht Ihnen als Versicherungsnehmer oder versicherter Person im Versicherungsfall ein Erstattungsanspruch gegenüber Dritten zu (also beispielsweise ein Anspruch aus einer weiteren Zahnzusatzversicherung oder nach einem Unfall aus einer Unfallversicherung), müssen diese Leistungen ebenfalls vorab in Anspruch genommen und uns ein Nachweis über die Höhe der erhaltenen Leistungen vorgelegt werden.

(3) Schicken Sie uns zur Rechnungserstattung stets folgende Belege zu:

- eine Kopie des von Ihrer GKV genehmigten Heil- und Kostenplans,

- die Zahnarztrechnung (Zahnarztrechnung und Rechnung des zahntechnischen Labors) mit dem Erstattungsvermerk Ihrer GKV im Original,
- wenn Sie Anspruch auf Erstattung aus einem Wahltarif mit Zahnleistungen nach § 53 SGB V (siehe Anhang) der GKV haben, einen Nachweis über die Höhe der Erstattung aus diesem Wahltarif,
- wenn Sie einen Anspruch auf Erstattungen Dritter haben, einen Nachweis über die Höhe dieser Erstattung,
- und, wenn Sie fehlende Zähne ersetzen lassen, den Nachweis über den Zeitpunkt der Extraktion bzw. des Zahnverlustes.

Aus Ihrer Zahnarztrechnung muss außerdem Folgendes hervorgehen:

- der Name und Zuname der behandelten Person,
- die Behandlungsdaten,
- die behandelten Zähne,
- und die an diesen behandelten Zähnen erbrachten einzelnen Leistungen.

(4) Als Versicherungsnehmer erhalten Sie die Leistung, sobald wir alle notwendigen Erhebungen durchgeführt haben, um den Versicherungsfall festzustellen und den Umfang unserer Leistungen bestimmen zu können. Insbesondere sind wir nur dann zur Leistung verpflichtet, wenn die von uns in Abs. 3 geforderten Belege und Nachweise erbracht sind; diese und alle sonstigen geforderten Nachweise und Belege gehen in unser Eigentum über. Sind die Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles nicht beendet, können Sie als Versicherungsnehmer eine Abschlagszahlung in Höhe des Betrags verlangen, den wir voraussichtlich mindestens zu zahlen haben. Der Lauf der Frist ist allerdings gehemmt, solange die Erhebungen aufgrund Ihres Verschuldens nicht beendet werden können. Das Verschulden einer versicherten Person steht dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

(5) Wir zahlen die Leistungen auch direkt an eine versicherte Person aus, wenn Sie uns als Versicherungsnehmer diese versicherte Person in Textform als empfangsberechtigt für deren Versicherungsleistungen benannt haben. Ist dies nicht geschehen, zahlen wir die Versicherungsleistungen nur an Sie aus.

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder verpfändet noch abgetreten werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 7 Was kostet der Versicherungsschutz?

Sie bezahlen als Versicherungsnehmer den Beitrag, der dem jeweiligen Eintrittsalter der zu versichernden Person entspricht. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt. In den Jahren, in denen die versicherte Person das 17., 21., 46. und 61. Lebensjahr vollendet, ist ab Januar des jeweiligen Jahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten.

§ 8 Wie und wann ist der Versicherungsbeitrag zu zahlen?

(1) Der Beitrag wird vom Versicherungsnehmer bezahlt.

(2) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu bezahlen. Sie können den Beitrag aber auch in gleichen monatlichen, vierteljährlichen oder halbjährlichen Beitragsraten bezahlen, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind zu Beginn der gewählten Zahlungsperiode fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate wird am Tage des Versicherungsbeginns fällig. Liegt der Versicherungsbeginn vor Vertragsschluss, ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses fällig.

(4) Ist mit uns die Beitragszahlung per Lastschriftverfahren vereinbart, gilt als rechtzeitige Zahlung, wenn von Ihnen bei Vertragsschluss ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt und die Lastschrift vom Geldinstitut bei Vorlage eingelöst wird.

(5) Werden der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate oder die folgenden Beiträge bzw. Beitragsraten nicht rechtzeitig bezahlt, kann dies ge-

mäß § 37 und § 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

(6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht uns nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz noch bestanden hat.

§ 9 Wie wird der Versicherungsbeitrag berechnet?

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, berücksichtigen wir das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person. Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung der Beiträge eintritt.

§ 10 Können sich die Versicherungsbeiträge und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen ändern?

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleichen wir zumindest jährlich für diesen Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt die Gegenüberstellung eine Veränderung von mehr als 5% der in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen, so werden alle Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst. Bei einer Beitragsanpassung sind wir mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders auch berechtigt, betragsmäßig festgelegte erstattungsfähige Höchstbeträge so anzupassen, dass der Wert des Versicherungsschutzes erhalten bleibt.

(2) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen von uns angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

(3) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

(4) Änderungen teilen wir Ihnen als Versicherungsnehmer jeweils schriftlich mit. Änderungen nach Abs. 1 und 2 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf unsere Änderungsmitteilung mit den dafür maßgeblichen Gründen folgt. Änderungen nach Abs. 3 werden 2 Wochen nach Mitteilung der neuen Regelung und den hierfür maßgeblichen Gründen Vertragsbestandteil.

§ 11 Was müssen Sie während der Vertragslaufzeit und bei Eintritt des Versicherungsfalls unbedingt beachten?

Ohne Ihre Mitwirkung können wir nicht überprüfen, ob für uns die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind. Daher haben Sie folgende Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten):

(1) Während eines Versicherungsfalles hat die versicherte Person alles für die Genesung zu tun und alle Handlungen zu unterlassen, die dieser hinderlich sind.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (siehe auch § 6 Abs. 5) hat auf unsere Nachfrage hin jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls, unserer Leistungspflicht oder des Leistungsumfangs erforderlich ist.

Wir können auch verlangen, dass eine versicherte Person die behandelnden Ärzte bzw. Zahnärzte, so-

wie andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen, Krankenhäuser, Krankenanstalten sowie Berufsgenossenschaften und Behörden ermächtigt, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen und sich durch einen von uns beauftragten Arzt bzw. Zahnarzt untersuchen zu lassen.

(3) Schließt eine versicherte Person neben Tarif plus.Z noch einen weiteren Tarif mit Leistungen für Zahnleistungen ab, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, uns unverzüglich darüber zu informieren. Dies gilt auch für den Abschluss eines Wahltarifs mit Zahnleistungen nach § 53 SGB V (siehe Anhang) bei der GKV.

(4) Werden diese Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten) nicht erfüllt, sind wir unter den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Bitte beachten Sie: Die Kenntnis und das Verschulden einer versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 12 Können Sie gegen Forderungen von uns aufrechnen?

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

§ 13 Was müssen Sie beachten, wenn Sie Schadenersatzansprüche gegenüber Dritten haben?

Bestehen Schadenersatzansprüche gegen Dritte (beispielsweise bei einem fremdverschuldeten Unfall), müssen diese Ansprüche oder Rechte, die zur Sicherung dieser Ansprüche dienen, gewahrt werden. Außerdem ist bei der Durchsetzung der Ansprüche durch uns soweit erforderlich, mitzuwirken. Die Ansprüche sind unbeschadet eines gesetzlichen Forderungsübergangs bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz geleistet wird, an uns schriftlich abzutreten.

Werden diese Mitwirkungspflichten vorsätzlich verletzt, sind wir insoweit zur Leistung nicht verpflichtet, als wir infolge dessen keinen Schadenersatz von dem Dritten erlangen können. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung dieser Mitwirkungspflichten sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

§ 14 Wie kann das Versicherungsverhältnis gekündigt oder beendet werden?

(1) Als Versicherungsnehmer können Sie das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von 3 Monaten kündigen. Nach Versicherungsbeginn in Tarif plus.Z ist dies erstmals zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres möglich.

(2) Im Rahmen dieses Versicherungsvertrages haben Sie als Versicherungsnehmer außerdem folgende Sonderkündigungsrechte:

a) Erhöht sich der Beitrag einer versicherten Person Ihres Vertrags aufgrund der Beitragsanpassungsklausel (§ 10 Abs. 1), können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung schriftlich kündigen. Auf der Änderungsmitteilung werden wir Sie darauf hinweisen.

b) Erhöht sich der Beitrag einer versicherten Person Ihres Vertrags, weil eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge hat, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt (siehe § 7), können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen 2 Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung kündigen.

c) Mindern sich die Leistungen aufgrund einer Änderung gemäß § 10 Abs. 2, können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Auf der entsprechenden Änderungsmitteilung werden wir Sie darauf hinweisen.

(3) Bitte beachten Sie generell bei Kündigungen:

a) Eine Kündigung kann nur der Versicherungsnehmer aussprechen.

b) Die Kündigung muss schriftlich erfolgen.

c) Der Versicherungsnehmer kann die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken.

d) Sprechen Sie eine Kündigung für den gesamten Versicherungsvertrag oder für einzelne versicherte Personen aus, müssen Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von Ihrer Kündigungserklärung Kenntnis haben. Ansonsten ist die Kündigung unwirksam.

e) Die versicherten Personen sind berechtigt, das Versicherungsverhältnis weiterzuführen, wenn sie einen neuen Versicherungsnehmer benennen. Diese Erklärung ist innerhalb von 2 Monaten nach Kenntnis der versicherten Person von der Kündigung bei uns abzugeben. Dies gilt auch bei einer Scheidung oder einem Urteil zur Aufhebung der Lebenspartnerschaft für die betroffene versicherte Person bzw. bei getrenntlebenden Ehegatten oder Lebenspartnern.

(4) Als Versicherer verzichten wir auf unser Kündigungsrecht, mit Ausnahme der außerordentlichen Kündigungsmöglichkeiten (beispielsweise bei Nichtzahlung der Beiträge).

(5) Aus folgenden Gründen endet das Versicherungsverhältnis für den Versicherungsnehmer beziehungsweise eine versicherte Person:

a) mit dem Tod.

b) mit dem Ende der Versicherung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung.

Endet das Versicherungsverhältnis, weil der Versicherungsnehmer einen der genannten Beendigungsgründe erfüllt, gilt für die versicherten Personen § 14 Abs. 3e) entsprechend.

§ 15 Was müssen Sie bei Mitteilungen an uns beachten?

Richten Sie Willenserklärungen und Anzeigen, die den Vertrag betreffen, an uns in schriftlicher Form.

§ 16 Können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

Bitte wenden Sie sich bei Meinungsverschiedenheiten immer zuerst an Ihre/n Ansprechpartner/in bei der Hallesche. Wir finden gerne eine Lösung zusammen mit Ihnen.

(1) Möchten Sie als Versicherungsnehmer trotzdem den Rechtsweg beschreiten, können Sie sich an das Gericht des Ortes wenden, das für Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort zuständig ist. Alternativ können Sie sich auch an das zuständige Gericht am Sitz des Versicherers (Stuttgart) wenden.

(2) Möchten wir Ansprüche aus dem Versicherungsverhältnis gegen einen Versicherungsnehmer einfordern, geschieht dies an dem zuständigen Gericht des Ortes, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz hat bzw., falls er keinen Wohnsitz hat, an dem zuständigen Gericht des gewöhnlichen Aufenthaltsortes.

(3) Verlegt ein Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder seinen gewöhnlichen Aufenthaltsort aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes oder ist der Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers (Stuttgart) zuständig.

(4) Das Versicherungsverhältnis unterliegt ausschließlich deutschem Recht.

§ 17 Wann können Sie einen Tarifwechsel verlangen?

Sie haben als versicherte Person die Möglichkeit, in einen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu wechseln – unter Anrechnung der aus diesem Vertrag erworbenen Rechte – sofern für diesen Tarif die Versicherungsfähigkeit gegeben ist. Dabei führen wir eine Gesundheitsprüfung durch und verlangen für höhere und umfassendere Leistungen als im bisherigen Tarif ggf. Risikozuschläge oder vereinbaren einen Leistungsausschluss.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang – Gesetzestexte

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch [SGB V]

§ 53 Wahltarife

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Prämienzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Die Prämienzahlung darf ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten und wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Die im dritten und vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und den §§ 24 bis 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.

(3) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung zu regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach § 63, § 73b, § 73c, § 137f oder § 140a teilnehmen, Tarife angeboten werden. Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen.

(4) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Sie kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen. § 13 Abs. 2 Satz 2 und 3 gilt nicht.

(5) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung die Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen regeln, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 von der Versorgung ausgeschlossen sind, und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen.

(6) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Absatz 2 Nummer 2 und 3 genannten Versicherten gemeinsame Tarife sowie Tarife für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen, für die Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch spätestens mit Beginn der dritten Woche der

Arbeitsunfähigkeit. Von § 47 kann abgewichen werden. Die Krankenkasse hat entsprechend der Leistungserweiterung Prämienzahlungen des Mitglieds vorzusehen. Die Höhe der Prämienzahlung ist unabhängig von Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko des Mitglieds festzulegen. Die Krankenkasse kann durch Satzungsregelung die Durchführung von Wahltarifen nach Satz 1 auf eine andere Krankenkasse oder einen Landesverband übertragen. In diesen Fällen erfolgt die Prämienzahlung weiterhin an die übertragende Krankenkasse. Die Rechenschaftslegung erfolgt durch die durchführende Krankenkasse oder den durchführenden Landesverband.

(7) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für bestimmte Mitgliedergruppen, für die sie den Umfang der Leistungen nach Vorschriften dieses Buches beschränkt, der Leistungsbeschränkung entsprechende Prämienzahlung vorsehen.

(8) Die Mindestbindungsfrist beträgt für die Wahltarife nach den Absätzen 2, 4 und 5 ein Jahr und für die Wahltarife nach den Absätzen 1 und 6 drei Jahre; für die Wahltarife nach Absatz 3 gilt keine Mindestbindungsfrist. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 gekündigt werden; § 175 Absatz 4 Satz 5 gilt mit Ausnahme für Mitglieder in Wahltarifen nach Absatz 6. Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. Die Prämienzahlung an Versicherte darf bis zu 20 vom Hundert, für einen oder mehrere Tarife einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1, jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei einem oder mehreren Tarifen einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 900 Euro jährlich betragen. Satz 4 gilt nicht für Versicherte, die Teilkostenerstattung nach § 14 gewählt haben. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Absatz 3 wählen.

(9) Die Aufwendungen für jeden Wahltarif müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahltarifen auf Dauer finanziert werden. Kalkulatorische Einnahmen, die allein durch das Halten oder die Neugewinnung von Mitgliedern erzielt werden, dürfen dabei nicht berücksichtigt werden; wurden solche Einnahmen bei der Kalkulation von Wahltarifen berücksichtigt, ist die Kalkulation unverzüglich, spätestens bis zum 31. Dezember 2013 entsprechend umzustellen. Die Krankenkassen haben über die Berechnung nach den Sätzen 1 und 2 der zuständigen Aufsichtsbehörde regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, Rechenschaft abzulegen. Sie haben hierzu ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen über die wesentlichen versicherungsmathematischen Annahmen, die der Berechnung der Beiträge und der versicherungstechnischen Rückstellungen der Wahltarife zugrunde liegen.

§ 55 Leistungsanspruch

(1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und

2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

(2) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn

1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,

2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder

3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

(3) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines zweifachen Festzuschusses nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der zweifachen Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

(4) Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.

(5) Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung (AVB/ZV 2016)

Fassung Januar 2023

Inhalt

§ 1 Welchen Schutz bietet diese Versicherung? . 2

§ 2 Wann beginnt der Versicherungsschutz? 2

§ 3 Was leisten wir im Versicherungsfall? 3

§ 4 Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt? . 4

§ 5 Wie erfolgt die Erstattung im Versicherungsfall? 5

§ 6 Welche Pflichten müssen Sie beachten, wenn wir leisten sollen? Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen? 5

§ 7 Wie berechnen wir die Beiträge und wann müssen Sie die Beiträge bezahlen? 6

§ 8 Wann können Sie gegen unsere Forderungen aufrechnen? 7

§ 9 Wann können wir die Beiträge und die Bedingungen ändern? 7

§ 10 Wann und wie können Sie den Versicherungsschutz ändern? 8

§ 11 Wann endet der Vertrag und wann endet der Versicherungsschutz? 8

§ 12 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen? ... 8

§ 13 Wann können wir Ihren Vertrag kündigen? ... 9

§ 14 Wie muss eine Mitteilung aussehen, die Sie an uns richten? 9

§ 15 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen? ... 9

Fachbegriffe 10

Anhang – Gesetzestexte 12

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung (AVB/ZV 2016)

§ 1 Welchen Schutz bietet diese Versicherung?

(1) Mit wem schließen Sie die Versicherung ab?

Wir sind die Hallesche Krankenversicherung a.G. mit Sitz in Stuttgart. Sie sind unser Vertragspartner, der so genannte Versicherungsnehmer. Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig auch der Versicherte. Sie können auch andere Personen (mit)versichert haben. Diese bezeichnen wir ebenfalls als Versicherte.

Um die Allgemeinen Versicherungsbedingungen leicht lesbar zu machen, verwenden wir in der Regel die männliche Schreibweise. Gemeint ist damit immer auch die weibliche Form.

(2) Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Tarif genannte Ereignisse. Im → Versicherungsfall ersetzen wir die Kosten für die → Heilbehandlung und/oder andere vereinbarte Leistungen. Was wir genau leisten, lesen Sie bitte in Ihrem Tarif.

(3) Was ist ein → Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige → Heilbehandlung des Versicherten wegen Krankheit oder den Folgen eines → Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn der Versicherte nach medizinischem Befund nicht mehr behandelt werden muss.

Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Je nach Tarif kann es sonstige Versicherungsfälle geben, in denen Versicherungsschutz besteht. Wann das so ist, regeln wir ausdrücklich im Tarif.

(4) Ist der Versicherte auch im Ausland versichert?

Der Versicherte hat weltweit Versicherungsschutz.

Bitte beachten Sie: Unter Umständen ist ein Versicherter nicht länger in seinem Tarif → versicherungsfähig, wenn er aus Deutschland wegzieht.

(5) Wo ist der Umfang des Versicherungsschutzes geregelt?

Die Grundlagen Ihres Vertrages sind

- Ihr → Versicherungsschein,
- Ihr Tarif,
- diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung,
- die gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland und
- die schriftlichen Vereinbarungen, die wir mit Ihnen treffen.

§ 2 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Wann ist Ihr Vertrag geschlossen und wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Der Vertrag ist geschlossen, wenn Ihnen der → Versicherungsschein oder eine schriftliche Erklärung über die Annahme zugegangen ist.

Der Versicherungsschutz beginnt ab dem Zeitpunkt, der im Versicherungsschein steht (Versicherungsbeginn). Der Versicherungsschutz beginnt jedoch

- nicht, bevor Sie den Vertrag abgeschlossen haben und
- nicht, bevor die → Wartezeit abgelaufen ist.

Ist ein → Versicherungsfall eingetreten, bevor der Versicherungsschutz beginnt, leisten wir für die Zeit ab Beginn des Versicherungsschutzes, wenn

- der Versicherungsfall eingetreten ist, nachdem der Vertrag geschlossen wurde oder
- uns dieser Versicherungsfall vor Vertragsschluss angezeigt wurde und wir mit Ihnen nichts anderes vereinbart haben.

Wenn Sie den Versicherungsschutz erweitern, gilt dies für die Mehrleistung entsprechend.

(2) Wann beginnt der Versicherungsschutz bei Neugeborenen?

Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne → Risikozuschläge und ohne → Wartezeit ab Geburt. Dies gilt nur, wenn Sie das Kind spä-

testens 2 Monate nach der Geburt rückwirkend angemeldet haben und

- am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens 3 Monate bei uns versichert ist oder
- die werdende Mutter noch keine 20 Wochen schwanger war, als sie oder der werdende Vater den eigenen Versicherungsschutz beantragt hat.

In diesem Fall gilt:

- Beiträge für das Kind müssen Sie erst ab dem Monat zahlen, der auf die Geburt folgt.
- Der Versicherungsschutz des Kindes darf nicht höher oder umfassender sein als der eines versicherten Elternteils.
- Der Versicherungsschutz gilt auch für alle Krankheiten und Anomalien, die vor oder während der Geburt entstanden sind.

Der Geburt stellen wir die → Adoption gleich, wenn bei uns ein Versicherter ein Kind adoptiert, das noch minderjährig ist. Hier können wir einen Zuschlag für ein erhöhtes Risiko verlangen. Der Zuschlag ist maximal so hoch wie der Beitrag für das Kind.

(3) Was ist eine → Wartezeit?

Wartezeit ist die Zeit, in der der Versicherte noch keinen Versicherungsschutz aus der Versicherung hat. Sie rechnet vom Beginn der Versicherung an.

Eine Wartezeit gilt nur, wenn der Tarif dies vorsieht.

§ 3 Was leisten wir im → Versicherungsfall?

(1) Welche Leistung ist versichert?

Was wir leisten, lesen Sie in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen und in Ihrem Tarif.

(2) Unter welchen Ärzten und Behandelnden kann der Versicherte wählen?

Der Versicherte kann unter folgenden Personen frei wählen:

- niedergelassene, staatlich zugelassene Ärzte,
- niedergelassene, staatlich zugelassene Zahnärzte und
- Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes.

Ist im Tarif Psychotherapie versichert, kann der Versicherte auch staatlich zugelassene Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten wählen. Wir leisten in diesem Fall für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie sowie für die systemische Therapie und Verhaltenstherapie.

Heilmittel (wie z.B. Massagen) sind zu erbringen von

- niedergelassenen, staatlich zugelassenen Ärzten oder
- Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes oder
- staatlich geprüften Angehörigen von Heil- und Hilfsberufen. Das sind z.B. Masseure, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden oder Podologen.

Zusätzlich kann sich der Versicherte ambulant behandeln lassen in

- der Ambulanz eines Krankenhauses oder
- einem medizinischen Versorgungszentrum oder
- einem sozialpädiatrischen Zentrum.

(3) Unter welchen Krankenhäusern kann der Versicherte wählen?

Wenn der Versicherte aus medizinisch notwendigen Gründen stationär behandelt werden muss, kann er das Krankenhaus frei wählen. Das Krankenhaus muss allerdings folgende Bedingungen erfüllen: Es muss

- ständig ärztlich geleitet sein,
- über ausreichende Möglichkeiten verfügen, um Krankheiten festzustellen und zu behandeln und
- den Verlauf der Krankheit schriftlich festhalten.

(4) Was müssen Sie bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln beachten?

Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen die in Abs. 2 genannten Ärzte, Zahnärzte oder Heilpraktiker verordnen.

Arzneimittel müssen aus der Apotheke bezogen werden.

Als Arzneimittel gelten auch

- Harn- und Bluttestsreifen sowie
- bestimmte Nährmittel,
- die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu vermeiden (z.B. bei

Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose) und
- die hauptsächlich → enteral oder → parenteral verabreicht werden.

Wenn der Versicherte derartige Nährmittel braucht, können wir helfen, diese zu beschaffen.

(5) Für welche Methoden leisten wir, wenn der Versicherte untersucht und behandelt werden muss?

Wir leisten für Methoden, die von der → Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Dies gilt auch für Arzneimittel.

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel,

- die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben. Wir können unsere Leistungen dann aber auf den Betrag herabsetzen, der angefallen wäre, wenn man vorhandene Methoden und Arzneimittel der Schulmedizin angewendet hätte.
- die man anwendet, weil keine Methoden oder Arzneimittel der Schulmedizin verfügbar sind.

(6) Wie können Sie vorab erfahren, was wir leisten?

Wir sagen Ihnen vorab, ob und welche Kosten wir übernehmen, wenn

- der Versicherte beabsichtigt, sich behandeln zu lassen und
- dies vermutlich mehr als 2.000 € kostet und
- Sie dies in → Textform von uns erfragen.

Bitte beachten Sie: Wir können unsere Auskunft nur erteilen, soweit dies die von Ihnen vorgelegten Unterlagen zulassen.

Die Auskunft geben wir Ihnen

- spätestens nach 4 Wochen bzw.
- falls der Versicherte dringend behandelt werden muss, → unverzüglich, spätestens aber nach 2 Wochen.

Die Frist beginnt, sobald Ihre Anfrage bei uns eingeht. Haben wir diese Frist versäumt, müssen wir nachweisen, dass die Behandlung nicht medizinisch notwendig ist.

§ 4 Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?

(1) Wann leisten wir nicht?

In den folgenden Fällen leisten wir nicht:

- Für Krankheiten und → Unfälle, die der Versicherte → vorsätzlich herbeigeführt hat sowie deren Folgen.
- Für Entzugsbehandlungen.
- Für Rechnungen von Personen oder von Krankenanstalten, die wir aus wichtigen Gründen von der Erstattung ausgeschlossen haben. Dies gilt nur, wenn wir Sie vor dem → Versicherungsfall darüber informiert haben. Ansonsten leisten wir noch für 3 Monate ab dem Zeitpunkt, an dem wir Sie benachrichtigt haben.
- Für Behandlungen durch Ehegatten, → Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden wir gemäß Ihrem Tarif erstatten.
- Für eine durch → Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) In welchen Fällen können wir die Leistung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

Übersteigt eine → Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

Stehen die Kosten für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, müssen wir insoweit nicht leisten.

Reist der Versicherte zur Behandlung ins Ausland, erstatten wir nur auf Basis der Kosten, die für eine vergleichbare Behandlung in Deutschland angefallen wären. Dies gilt nicht, wenn

- die Behandlung in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar ist oder
- wir die Leistung vor Reiseantritt in → Textform zugesagt haben oder
- der Versicherte im Rahmen eines Notfalls behandelt werden muss und das ausländische Krankenhaus das nächstgelegene geeignete ist.

Entbindet eine Versicherte im Ausland, erstatten wir nur auf Basis der Kosten, die angefallen wären,

wenn die Versicherte in Deutschland entbunden hätte. Dies gilt nicht, wenn

- ein Elternteil Staatsangehöriger des Landes ist, in dem die Versicherte entbunden hat und
- dies nachgewiesen wird.

(3) Was geschieht, wenn mehrere Kostenträger beteiligt sind?

Wenn der Versicherte wegen desselben Versicherungsfalles Anspruch gegen mehrere Kostenträger hat, erhalten Sie als Leistung insgesamt nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

Im Tarif können wir regeln, dass der Versicherte die Leistung eines anderen Kostenträgers vorab in Anspruch nehmen muss.

§ 5 Wie erfolgt die Erstattung im → Versicherungsfall?

(1) Welche Nachweise und Angaben benötigen wir, damit wir leisten können?

Solange Sie die von uns geforderten Nachweise nicht erbringen, müssen wir nicht leisten. Wenn wir leisten, werden die Nachweise unser Eigentum.

Rechnungen brauchen wir im Original. Besteht eine weitere Versicherung, reichen auch Kopien der Rechnungen aus. Auf diesen müssen die Leistungen des anderen Versicherers bestätigt sein.

Die Rechnungen müssen folgende Informationen enthalten:

- den Vor- und Zunamen der behandelten Person,
- die Bezeichnung der Krankheiten (Diagnosen),
- die Daten der Behandlung sowie
- die Angabe der einzelnen Leistungen des Behandelnden oder die Ziffern der → Gebührenordnungen.

Bei Rechnungen von Krankenhäusern müssen wir zusätzlich erkennen können,

- welche Wahlleistungen der Versicherte in Anspruch genommen hat, die das Krankenhaus gesondert berechnen darf, bzw.
- welche Pflegeklasse er aufgesucht hat.

Rechnungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel erstatten wir nur, wenn Sie uns diese zusammen mit den Rechnungen der Behandelnden vorlegen.

Welche weiteren Voraussetzungen vorliegen müssen, damit wir Ihnen die Leistung ausbezahlen können, lesen Sie in § 14 VVG. Diesen finden Sie im Anhang.

Wenn die Kosten in einer fremden Währung entstanden sind, rechnen wir diese in Euro um. Wir nehmen hierbei den aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen. Als Kurs gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank bzw. der Devisenkurs der Deutschen Bundesbank. Weist der Versicherte mittels Bankbeleg nach, dass er die Devisen teurer erworben hat, gilt dieser Kurs.

(2) An wen leisten wir?

Wir leisten an Sie als Versicherungsnehmer. Möchten Sie, dass wir an den Versicherten leisten, teilen Sie uns dies bitte in → Textform mit.

Sie können Ansprüche auf Leistungen weder abtreten noch verpfänden. Das gilt nicht, wenn Sie Ihren Vertrag ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossen haben. Gesetzliche Abtretungsverbote gelten trotzdem.

(3) Welche Kosten können wir von der Leistung abziehen?

Wir können folgende Kosten abziehen:

- Kosten für die Überweisung in das Ausland, wenn Sie uns kein Inlandskonto benennen;
- Kosten für Übersetzungen.

§ 6 Welche Pflichten müssen Sie beachten, wenn wir leisten sollen? Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?

(1) Welche Pflichten sind zu beachten?

Wir können Folgendes verlangen:

- Sie und der nach § 5 Abs. 2 empfangsberechtigte Versicherte müssen uns jede Auskunft erteilen, die wir brauchen, um feststellen zu können,
- ob ein → Versicherungsfall vorliegt und
- ob und in welchem Umfang wir leisten.

- Der Versicherte muss sich von einem Arzt untersuchen lassen, den wir beauftragen.

- Der Versicherte
  - hat, soweit es möglich ist, den Schaden zu mindern und

- darf nichts tun, was die Genesung behindert.

Wird für einen Versicherten eine weitere Versicherung mit → gleichartigem Versicherungsschutz abgeschlossen, müssen Sie uns darüber → unverzüglich informieren.

(2) Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?

Wenn eine dieser Pflichten verletzt wird, sind wir ganz oder teilweise leistungsfrei. Hierbei beachten wir § 28 Abs. 2 bis 4 VVG. Diesen finden Sie im Anhang.

Für den Fall, dass eine weitere Versicherung mit → gleichartigem Versicherungsschutz abgeschlossen wurde und Sie uns nicht → unverzüglich informiert haben, können wir auch kündigen. Hierbei beachten wir § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang).

Kündigen können wir dann innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Pflichtverletzung erfahren haben, ohne eine Frist einzuhalten.

Die Kenntnis oder das Verschulden des Versicherten rechnen wir Ihnen zu.

(3) Was ist zu beachten, wenn Sie Ansprüche gegenüber Dritten haben?

Haben Sie oder ein Versicherter Ansprüche auf Ersatz gegen Dritte, müssen Sie oder der Versicherte diese Ansprüche schriftlich an uns abtreten. Das können z.B. sein:

- Schadensersatzansprüche gegenüber anderen Versicherern oder Privatpersonen oder
- Ansprüche auf Rückforderung zu Unrecht gezahlter Entgelte.

Die Abtretung ist begrenzt auf die Höhe unserer Leistung aus der Versicherung. Wird diese Obliegenheit verletzt, wenden wir die Rechtsfolgen des § 86 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) entsprechend an. Diese Regelung ist unabhängig von dem gesetzlichen Forderungsübergang gemäß § 86 VVG (siehe Anhang).

§ 7 Wie berechnen wir die Beiträge und wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?

(1) Wie berechnen wir die Beiträge?

Ihre Versicherung ist nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Das bedeutet, dass keine Rückstellungen für das Alter angespart werden.

Die Beiträge sind deshalb abhängig vom → Alter des Versicherten. Die Berechnung der Beiträge unterliegt gesetzlichen Vorgaben und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

Ändern sich die Beiträge, z.B. auch weil Sie den Versicherungsschutz ändern, berücksichtigen wir das Alter des Versicherten zu dem Zeitpunkt, an dem die Änderung in Kraft tritt.

Wenn sich die Beiträge ändern, können wir auch mit Ihnen vereinbarte → Risikozuschläge entsprechend ändern.

Wenn Sie den Versicherungsschutz erweitern und dann ein höheres Risiko besteht, steht uns ein angemessener Zuschlag zu. Diesen erheben wir zusätzlich zum Beitrag nur für den hinzukommenden Versicherungsschutz.

Zahlen Sie Ihren Beitrag jährlich, gewähren wir Ihnen einen Nachlass von 3%.

(2) Wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, den Sie zu Beginn eines jeden → Versicherungsjahres bezahlen müssen. Sie können ihn aber auch in gleichen monatlichen Raten bezahlen. Wir stunden Ihnen in diesem Fall die Beitragsraten jeweils bis zu ihrer Fälligkeit am Ersten eines jeden Monats. Sie müssen auf das Konto einzahlen, das wir Ihnen nennen.

Ändert sich der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres,

- müssen Sie die Differenz von dem Zeitpunkt der Änderung bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzahlen bzw.
- wir zahlen Ihnen diese Differenz zurück, wenn wir den Beitrag senken.

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate wird an dem Tag fällig, an dem die Versicherung beginnt. Wurde der Vertrag danach geschlossen, ab diesem späteren Zeitpunkt.

Zahlen Sie den ersten oder einen folgenden Beitrag nicht rechtzeitig,

- können Sie den Versicherungsschutz verlieren und
- wir können den Vertrag beenden.

Hierbei beachten wir §§ 37 und 38 VVG. Diese finden Sie im Anhang.

Wird der Vertrag oder ein Vertragsteil vor Ablauf seiner Laufzeit beendet, steht uns der Beitrag nur für den Zeitraum zu, in dem Versicherungsschutz bestand. Beenden wir den Vertrag, indem wir

- nach § 19 Abs. 2 VVG wegen Verletzung der → Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten (lesen Sie bitte im Anhang) oder
- ihn wegen arglistiger Täuschung anfechten,

steht uns der Beitrag zu, bis der Rücktritt oder die Anfechtung wirksam wird. Treten wir zurück, weil Sie den ersten Beitrag bzw. die Beitragsrate nicht rechtzeitig bezahlt haben, verlangen wir eine angemessene Gebühr.

§ 8 Wann können Sie gegen unsere Forderungen aufrechnen?

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

Gegen eine Forderung aus der Pflicht, Beiträge zu bezahlen, können Sie als Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

§ 9 Wann können wir die Beiträge und die Bedingungen ändern?

(1) Wann können wir die Beiträge ändern?

Im Rahmen der vertraglichen Zusage können sich unsere Leistungen ändern, z.B. dadurch dass

- die Kosten für → Heilbehandlungen steigen oder
- Versicherte medizinische Leistungen häufiger in Anspruch nehmen oder
- die Lebenserwartung der Versicherten steigt.

Deshalb vergleichen wir zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen Leistungen mit den Leistungen, die wir gemäß unseren technischen Berechnungsgrundlagen kalkuliert haben. Dabei berücksichtigen wir auch die Sterbewahrscheinlichkeiten.

Weichen die erforderlichen Leistungen einer → Beobachtungseinheit um mehr als 5% von den kalkulierten ab,

- überprüfen wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit und
- passen sie – soweit erforderlich – an, nachdem der unabhängige → Treuhänder dies überprüft und zugestimmt hat.

Unter den oben genannten Voraussetzungen können wir zusätzlich auch einen betragsmäßig festgelegten Selbstbehalt und/oder einen → Risikozuschlag entsprechend anpassen.

Die Anpassungen werden wirksam mit dem Beginn des zweiten Monats, nachdem wir Sie benachrichtigt haben.

(2) Wann können wir die Bedingungen ändern?

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können wir diese Bedingungen und die Tarifbestimmungen diesen neuen Verhältnissen anpassen. Dies setzt voraus, dass

- die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen,
- ein unabhängiger → Treuhänder überprüft hat, dass die Voraussetzungen für die Änderungen vorliegen und
- dieser bestätigt hat, dass diese Änderungen angemessen sind.

Die Änderungen werden wirksam mit dem Beginn des zweiten Monats, nachdem wir Ihnen die Änderungen sowie die maßgeblichen Gründe hierfür mitgeteilt haben.

Wir können darüber hinaus eine Bestimmung in diesen Bedingungen durch eine neue Regelung ersetzen, wenn die zu ersetzende Bestimmung durch

- höchstrichterliche Entscheidung oder
- bestandskräftigen Verwaltungsakt

für unwirksam erklärt wurde. Dies setzt voraus, dass

- dies notwendig ist, um den Vertrag fortzuführen oder
- der Vertrag ohne diese neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Dabei werden auch die Interes-

sen der jeweils anderen Partei mit berücksichtigt.

Die neue Regelung wird nur wirksam, wenn sie

- das Vertragsziel wahrt und
- die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

2 Wochen, nachdem wir Ihnen die Regelung und die maßgeblichen Gründe hierfür mitgeteilt haben, wird die Regelung Bestandteil Ihres Vertrages.

§ 10 Wann und wie können Sie den Versicherungsschutz ändern?

Sie können einen Wechsel der Versicherung in einen → gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern

- der Versicherte in dem neuen Tarif versichert werden kann und
- der neue Tarif ebenfalls unabhängig vom Geschlecht kalkuliert ist.

Wir nehmen den Antrag auf Wechsel in angemessener Frist an. Hierbei rechnen wir die erworbenen Rechte an.

Ist der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender, können wir insoweit

- einen → Risikozuschlag (siehe § 7 Abs. 1) verlangen oder
- einen Ausschluss der Leistungen vereinbaren.

Zusätzlich gilt für den neu hinzu gekommenen Schutz eine → Wartezeit, wenn der neue Tarif dies vorsieht.

§ 11 Wann endet der Vertrag und wann endet der Versicherungsschutz?

(1) Wann endet der Vertrag?

Der Vertrag endet, sofern

- **Sie den Vertrag kündigen. Weitere Informationen dazu lesen Sie in § 12.**
- **wir den Vertrag kündigen. Lesen Sie bitte hierzu § 13.**

Soweit ein Versicherter nicht weiter in seinem Tarif → versicherungsfähig ist, können Sie diesen Vertragsteil auf → Anwartschaft stellen. Dies müssen Sie innerhalb von 2 Monaten nach Ende des Tarifs beantragen.

Der Vertrag endet auch mit Ihrem Tod. In diesem Fall können die Versicherten den Vertrag fortsetzen. Dazu müssen diese innerhalb von 2 Monaten nach Ihrem Tod einen neuen Versicherungsnehmer benennen. Stirbt ein Versicherter endet nur dessen Vertragsteil.

Sie und Ihr Ehegatte können Ihre Vertragsteile selbstständig weiterführen,

- **nachdem Sie geschieden sind oder**
- **wenn Sie getrennt leben.**

Bei → Lebenspartnern handhaben wir dies entsprechend.

(2) Wann endet der Versicherungsschutz?

Soweit der Vertrag endet, endet auch der Versicherungsschutz. Dies gilt auch für laufende Versicherungsfälle.

§ 12 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen?

Sie können Ihren Vertrag zum Ende eines jeden → Versicherungsjahres mit einer Frist von 3 Monaten ordentlich kündigen. Sie können Ihre Kündigung auch auf einzelne Versicherte oder Tarife beschränken.

Die Mindestvertragsdauer beträgt jedoch 2 Jahre, es sei denn, der Tarif sieht etwas anderes vor.

Darüber hinaus können Sie den Tarif desjenigen Versicherten kündigen, für den

- **wir gemäß § 9 die Beiträge erhöhen oder unsere Leistungen vermindern. Dies müssen Sie innerhalb von 2 Monaten nach Zugang unserer Mitteilung zum Zeitpunkt der Änderung tun.**
- **sich der Beitrag erhöht, weil er eine höhere Altersgruppe erreicht hat. Dann können Sie innerhalb von 2 Monaten nach der Erhöhung rückwirkend zum Zeitpunkt der Erhöhung kündigen.**

Beenden wir den Vertrag durch Kündigung, Rücktritt oder Anfechtung nur für einzelne Versicherte oder Tarife, können Sie die Aufhebung des übrigen Teils des Vertrages verlangen. Dies müssen Sie innerhalb von 2 Wochen tun, nachdem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist,

- **zum Ende des Monats, in dem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist bzw.**

- **bei Kündigung zum Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.**

Kündigen Sie den Vertrag für einzelne Versicherte oder insgesamt, haben die Versicherten das Recht, die Versicherung fortzusetzen, wenn

- **die Versicherten einen neuen Versicherungsnehmer bestimmen und**
- **uns dies innerhalb von 2 Monaten mitteilen, nachdem Sie gekündigt haben.**

Ihre Kündigung ist nur wirksam, wenn Sie uns nachweisen, dass die betroffenen Versicherten hiervon Kenntnis erlangt haben.

§ 13 Wann können wir Ihren Vertrag kündigen?

Wir verzichten auf das Recht, Ihren Vertrag ordentlich zu kündigen.

Deshalb können wir nur nach den gesetzlichen Bestimmungen außerordentlich kündigen. Dabei können wir uns auch auf einzelne Versicherte oder Tarife beschränken.

Kündigen wir den Vertrag insgesamt oder für einzelne Versicherte wegen Zahlungsverzugs, haben die Versicherten das Recht, die Versicherung fortzusetzen, wenn

- **sie einen neuen Versicherungsnehmer bestimmen und**
- **uns dies innerhalb von 2 Monaten mitteilen, nachdem sie von der Kündigung und diesem Recht erfahren haben.**

§ 14 Wie muss eine Mitteilung aussehen, die Sie an uns richten?

Willenserklärungen und Anzeigen uns gegenüber bedürfen der → Textform.

§ 15 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

(1) Wo können Sie eine Klage gegen uns einreichen?

Sie können eine Klage gegen uns bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen:

- in dem wir unseren Sitz haben,
- in dem Sie Ihren Wohnsitz haben oder
- in dem Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben, wenn Sie keinen Wohnsitz haben.

(2) Wo können wir eine Klage gegen Sie einreichen?

Wir können eine Klage gegen Sie bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen:

- in dem Sie Ihren Wohnsitz haben oder
- in dem Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben, wenn Sie keinen Wohnsitz haben.

(3) Wo können wir Klage einreichen, wenn Sie Ihren Wohnsitz verlegt haben oder uns dieser nicht bekannt ist?

Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen, ist für Klagen das Gericht an unserem Sitz zuständig. Das gilt auch, wenn uns der Ort nicht bekannt ist, an dem Sie sich gewöhnlich aufhalten.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Fachbegriffe

Hier erläutern wir Ihnen die mit → gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

Adoption

Die Adoption muss stets in Deutschland anerkannt sein. Dann behandeln wir den Tag der Adoption wie den Tag der Geburt.

Alter

Das Alter berechnen wir, indem wir vom Kalenderjahr des Versicherungsbeginns oder einer Vertragsänderung Ihr Geburtsjahr abziehen, z.B. 2025 – 1989 = 36. Ihr Alter bestimmt die Höhe des Beitrags.

Anwartschaft

Während einer Anwartschaft ruhen unsere Leistungen und Sie bezahlen einen stark reduzierten Beitrag. Wir sichern Ihnen aber zu, dass wir nach der Anwartschaft wieder den gleichen Schutz gewähren wie zuvor. Dabei berücksichtigen wir nicht, ob sich der Gesundheitszustand des Versicherten verschlechtert hat. Sinnvoll ist eine Anwartschaft z.B. für die Dauer eines längeren Auslandsaufenthaltes.

Anzeigepflicht

Wir können Versicherungsschutz nur dann gewähren, wenn wir das Krankheitskostenrisiko der Versicherten vorher genau kennen. Deshalb müssen Sie und die Versicherten alle gefahrerheblichen Einzelheiten, die für die Risikobeurteilung wichtig sind, anzeigen. Als „gefahrerheblich“ gelten alle Daten, nach denen wir im Versicherungsantrag fragen. Dazu zählen Angaben über Gesundheitszustand, Beruf, Alter sowie über anderweitig beantragten oder bestehenden Schutz.

Die vorvertragliche Anzeigepflicht endet mit der Abgabe des Antrags an uns.

Sollten wir zwischen Antragstellung und Vertragsschluss noch einmal bei Ihnen nachfragen, gilt aber wieder Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht.

Beobachtungseinheit

Beobachtungseinheiten sind Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

Enteral

Medikamente oder Nährmittel werden über den Darm zugeführt, d.h. durch den Mund oder den Enddarm.

Gebührenordnung

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) regeln die Abrechnung privater Leistungen des Arztes und des Zahnarztes, d.h. aller medizinischen und zahnmedizinischen Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In ihnen sind die Gebühren für ärztliche und zahnärztliche Leistungen verzeichnet.

Gleichartig

Gleichartig sind Tarife, die gleiche Leistungsbereiche umfassen. Leistungsbereiche sind z.B. Kostenerstattung für

- ambulante Heilbehandlung,
- stationäre Heilbehandlung oder
- Zahnbehandlung und Zahnersatz.

Dies gilt jeweils nur für Tarife innerhalb der Vollversicherung bzw. für Tarife innerhalb der Zusatzversicherung.

Heilbehandlung

Eine Heilbehandlung versucht mit geeigneten Mitteln die Krankheit oder Verletzung zu heilen, zu lindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Lebenspartner

Lebenspartner sind 2 Personen gleichen Geschlechts, die miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) eingegangen sind.

Parenteral

Medikamente oder Nährmittel werden unter Umgehung des Magen-Darm-Kanals zugeführt, z.B. intravenös oder intramuskulär.

Pflegebedürftigkeit

Bezeichnet einen Zustand, in dem eine kranke oder behinderte Person ihren Alltag dauerhaft (mind. 6 Monate lang) nicht selbstständig bewältigen kann und deshalb auf Pflege oder Hilfe durch andere angewiesen ist.

Risikozuschlag

Hat ein Versicherter bestimmte Vorerkrankungen und liegt deshalb ein höheres Risiko vor, können wir zusätzlich einen Risikozuschlag verlangen.

Schulmedizin

Der Begriff Schulmedizin bezeichnet die allgemein anerkannte Heilkunde. Diese wird an Universitäten und medizinischen Hochschulen nach wissenschaftlichen Grundsätzen gelehrt und entwickelt.

Textform

Textform bedeutet: Schriftlich, es ist aber keine eigenhändige Unterschrift notwendig, z.B. reicht ein Fax oder eine E-Mail.

Treuhänder

Sind Personen, die aufsichtsrechtliche Befugnisse im Interesse der Versicherten wahrnehmen.

Unfall

Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem der Versicherte unfreiwillig einen Schaden erleidet. Die häufigsten Unfälle sind z.B. Stürze, Verkehrs- und Sportunfälle.

Unverzüglich

Bedeutet nicht unbedingt „sofort“, sondern „ohne schuldhaftes Zögern“, d.h. „so schnell wie möglich“.

Versicherungsfähig

Jeder Tarif hat bestimmte Voraussetzungen, die der Versicherte erfüllen muss, um sich dort versichern zu können. Diese finden Sie im Tarif unter „Wer kann sich versichern?“. Es kann z.B. sein, dass er in der GKV versichert sein muss. Liegen diese Voraussetzungen nicht mehr vor, dann endet seine Versicherung in diesem Tarif sofort.

Versicherungsfall

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige → Heilbehandlung des Versicherten wegen Krankheit oder den Folgen eines → Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn der Versicherte nach medizinischem Befund nicht mehr behandelt werden muss.

Je nach Tarif kann es andere Fälle geben, in denen Schutz besteht.

Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr beginnt ab dem Zeitpunkt, der im Versicherungsschein steht (Versicherungsbeginn) und endet nach einem Jahr. Beginnt die Versicherung z.B. am 1.4.2025, so beginnt das Versicherungsjahr am 1.4.2025 und endet am 31.3.2026.

Versicherungsschein

Der Versicherungsschein ist eine Urkunde über einen zustande gekommenen Versicherungsvertrag. Er verkörpert den Vertrag zwischen Ihnen und uns.

Vorsätzlich

Sie handeln vorsätzlich, wenn Sie

- ein bestimmtes Ergebnis wollen oder
- den Eintritt eines Ergebnisses für sicher halten oder
- den Eintritt eines Ergebnisses für möglich halten und ihn bewusst in Kauf nehmen.

Wartezeit

Wartezeit ist die Zeit, in der der Versicherte noch keinen Schutz aus der Versicherung hat. Sie rechnet vom Beginn der Versicherung an.

Anhang – Gesetzestexte

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in

Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Abs. 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Lebenspartnerschaftsgesetz [LPartG] in der bis zum 30. September 2017 geltenden Fassung

§ 1 Form und Voraussetzungen

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

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

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

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

Hallesche
ALH Gruppe

Tarif dentPRO.80
Versicherung für Zahn-Prophylaxe

Fassung Juli 2016

Wesentliche Merkmale des Tarifs dentPRO.80

Leistungen beim Zahnarzt

- 100% Erstattung der Kosten für Zahn-Prophylaxe zweimal pro Kalenderjahr, jeweils bis 80 €

Inhalt

I. Wer kann sich versichern? 2
II. Was erstatten wir unter welchen Voraussetzungen? 2
1. Was erstatten wir? 2
2. Was erstatten wir für Zahn-Prophylaxe? .. 2
3. Welche Unterlagen brauchen wir stets, damit wir leisten können? 2
III. Welche Wartezeiten sind vereinbart? 2
IV. Welchen Beitrag müssen Sie bezahlen? 2
Fachbegriffe 3

Der Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung (AVB/ZV 2016).

I. Wer kann sich versichern?

In diesem Tarif können sich Personen versichern, die

- mindestens 18 Jahre alt sind,
- in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und
- in einem unserer Zusatztarife für Zahnersatz und/oder Zahnbehandlung versichert sind.

Wenn eine dieser Voraussetzungen nicht mehr erfüllt ist, endet diese Versicherung.

II. Was erstatten wir unter welchen Voraussetzungen?

1. Was erstatten wir?

Versicherungsfall in diesem Tarif ist ausschließlich die Behandlung für Zahn-Prophylaxe.

Unserer Erstattung legen wir stets nur folgende Kosten zu Grunde: Das Honorar des Zahnarztes, das im Rahmen der → Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bis zum 3,5fachen Satz berechnet ist.

2. Was erstatten wir für Zahn-Prophylaxe?

Wir erstatten 100% der Kosten für Zahn-Prophylaxe zweimal pro Kalenderjahr. Höchstens erhalten Sie von uns 80 € pro Zahn-Prophylaxe.

Dabei erstatten wir folgende Behandlungen, die nach GOZ berechnet sind:

- das Entfernen der harten und weichen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen,
- die Reinigung der Zahnzwischenräume,
- das Entfernen des Biofilms,
- die Oberflächenpolitur,
- die Anwendung geeigneter Fluoridierungsmaßnahmen,
- das Erstellen eines Mundhygienestatus,
- die Unterweisung gegen Karies und parodontale Erkrankungen,
- die Kontrolle des Übungserfolges,
- die Versiegelung von Fissuren und
- die Behandlung von überempfindlichen Zähnen.

3. Welche Unterlagen brauchen wir stets, damit wir leisten können?

Um leisten zu können, brauchen wir die Rechnung des Zahnarztes. Leisten die GKV und/oder andere Kostenträger vor, müssen Sie uns auch die Höhe dieser Vorleistung nachweisen.

III. Welche → Wartezeiten sind vereinbart?

In diesem Tarif gelten keine Wartezeiten.

IV. Welchen Beitrag müssen Sie bezahlen?

Der Beitrag ist abhängig vom → Alter des Versicherten.

Ab Januar des Jahres, in dem der Versicherte

- 33 Jahre,
- 44 Jahre,
- 52 Jahre,
- 59 Jahre bzw.
- 66 Jahre

alt wird, gilt jeweils der Beitrag für die nächst höhere Altersgruppe.

Fachbegriffe

Hier erläutern wir Ihnen die mit → gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

Alter

Das Alter berechnen wir, indem wir vom Kalenderjahr des Versicherungsbeginns oder einer Vertragsänderung Ihr Geburtsjahr abziehen, z.B. 2025 – 1989 = 36. Ihr Alter bestimmt die Höhe des Beitrags.

Gebührenordnung

Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) regelt die Abrechnung privater Leistungen des Zahnarztes, d.h. aller zahnmedizinischen Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In ihr sind die Gebühren für zahnärztliche Leistungen verzeichnet.

Wartezeit

Wartezeit ist die Zeit, in der der Versicherte noch keinen Schutz aus der Versicherung hat. Sie rechnet vom Beginn der Versicherung an.