

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 <i>plus.Z</i> versichern und wie kommt der Vertrag zustande?	2	§ 11	Was müssen Sie während der Vertragslaufzeit und bei Eintritt des Versicherungsfalls unbedingt beachten?	5
§ 2	Welche Leistungen umfasst der Tarif <i>plus.Z</i> ? ...	2	§ 12	Können Sie gegen Forderungen von uns aufrechnen?.....	6
§ 3	Wann sind Leistungen nicht zu erstatten?	3	§ 13	Was müssen Sie beachten, wenn Sie Schadenersatzansprüche gegenüber Dritten haben?.....	6
§ 4	Haben Sie auch einen Leistungsanspruch bei Auslandsrechnungen?	3	§ 14	Wie kann das Versicherungsverhältnis gekündigt oder beendet werden?	6
§ 5	Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?	3	§ 15	Was müssen Sie bei Mitteilungen an uns beachten?	7
§ 6	Was müssen Sie beim Einreichen der Rechnungsbelege beachten?	3	§ 16	Können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?.....	7
§ 7	Was kostet der Versicherungsschutz?	4	§ 17	Wann können Sie einen Tarifwechsel verlangen?.....	7
§ 8	Wie und wann ist der Versicherungsbeitrag zu zahlen?.....	4	Anhang - Gesetzestexte	8	
§ 9	Wie wird der Versicherungsbeitrag berechnet? ..	5			
§ 10	Können sich die Versicherungsbeiträge und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen ändern?	5			

§ 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 vier Kalenderjahren Anspruch bis zu folgenden Leistungshöchstbeträgen:

- im 1. Kalenderjahr bis zu 250 €
- im 1. und 2. Kalenderjahr zusammen bis zu 500 €
- 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 vier Wochen; ist die

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

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

§ 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 gemäß § 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 Höchstbeiträge 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 zwei Wochen nach Mitteilung der neuen Regelung und den hierfür maßgeblichen Gründen Vertragsbestandteil.

§ 11 Was müssen Sie während der Vertragslaufzeit und bei Eintritt des Versicherungsfalles 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 Versicherungsfalles, unserer Leistungspflicht oder des Leistungsumfanges erforderlich ist.

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

rungsjahres mit einer Frist von drei 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 zwei 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 zwei 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 zwei 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 zwei 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 ge-

wöhnlichen 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 Vertragschluss 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

(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 Auskunft- 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 Abs. 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 (SGB) Fünftes Buch (V) [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 Kalender-

jahr 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 Zahlungsermäßigungen 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 Wahlтарifen 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 Wahlтарifen 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 Wahlтарif müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahlтарifen 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 Wahlтарifen 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 Wahlтарife 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 Grundversicherung, 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.