Wichtige Erklärungen des Antragstellers /der Antragstellerin und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise!

Widerrufsbelehrung für den Antrag auf Abschluss eines neuen Versicherungsvertrages und für den Bestand im Antragsverfahren

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1, 3 und 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:
AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln, Fax: 02 21 – 14 83 62 02, E-Mail: info@axa.de

Sofern Sie einen Versicherungsbeginn beantragen, der vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, erklären Sie sich einverstanden, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf dieser Frist beginnt und der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d. h. unverzüglich zu zahlen ist.

Bei einer Vertragsänderung gilt: Sofern der Beginn der beantragten Vertragsänderung vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, erklären Sie sich einverstanden, dass der erste geänderte oder einmalige Beitrag – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d. h. unverzüglich zu zahlen ist.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich je nach Zahlweise wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat	X	1/360 der im Antrag ausgewiesenen Jahresprämie
		1/180 der im Antrag ausgewiesenen Halbjahresprämie
		1/90 der im Antrag ausgewiesenen Vierteljahresprämie
		1/30 der im Antrag ausgewiesenen Monatsprämie

Bei einer Vertragsänderung gilt: Im Falle eines wirksamen Widerrufs wird der Zustand wiederhergestellt, wie er vor dieser Vertragsänderung bestand, und wir erstatten Ihnen, sollte ein erhöhter Beitrag gezahlt worden sein, den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der erhöhten Prämie. Den Teil der erhöhten Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich je nach Zahlweise wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage, an denen der geänderte Versicherungsschutz bestanden hat	X	1/360 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Jahresprämie
		1/180 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Halbjahresprämie
		1/90 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Vierteljahresprämie
		1/30 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Monatsprämie

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

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

Hinweis zur Datenverarbeitung

Sie können der Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten für Zwecke der Werbung jederzeit formlos und ohne Angabe von Gründen widersprechen. Der Widerspruch ist zu richten an: AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln, Fax 02 21 – 14 83 62 02, E-Mail: info@axa.de

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die AXA Krankenversicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Diese Informationen gelten auch für die versicherte Person. Wenn die versicherte Person nicht zugleich Versicherungsnehmer ist, wird der Versicherungsnehmer diese Informationen der versicherten Person weitergeben.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung
AXA Krankenversicherung AG
Kunden-, Partner- und Prozess-Service
Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln
Telefon: 0221/148 41002
E-Mail: service@axa.de

Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter den oben genannten Kontaktdaten mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter:
Datenschutz@axa.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung
Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.axa.de/datenschutz abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer AXA-Gesellschaft bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs einschließlich Tests (sofern nicht bereits für die Vertragsdurchführung erforderlich),
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der AXA-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können,
- zur Risikosteuerung innerhalb des Unternehmens sowie des AXA Konzerns insgesamt,
- zur Geschäftssteuerung und Weiterentwicklung von Prozessen, Dienstleistungen und Produkten.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber u.a. auf unserer Webseite (www.axa.de/Datenschutz) zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Vermittler:
Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:
Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungs-/Schadenbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Auftragnehmer und Dienstleister:
Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Auftragnehmer und Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.axa.de/datenschutz entnehmen.

Weitere Empfänger:
Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung
Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

Betroffenenrechte
Sie können unter den oben genannten Kontaktdaten Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht
Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestraße 2 – 4
40213 Düsseldorf

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer
Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Bonitätsauskünfte
Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei der SCHUFA und bei der Creditreform-Auskunftei, Creditreform Köln v. Padberg KG, Gustav-Heinemann-Ufer 68, 50963 Köln Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

Dazu übermitteln wir im Rahmen dieses Vertragsverhältnisses erhobene personenbezogene Daten über die Beantragung, die Durchführung und Beendigung dieses Versicherungsvertrages sowie Daten über nicht vertragsgemäßes Verhalten oder betrügerisches Verhalten an die SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden.

Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe b und Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe f der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Übermittlungen auf der Grundlage von Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe f DSGVO dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrung berechtigter Interessen von der AXA Krankenversicherung AG oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Der Datenaustausch mit der SCHUFA dient auch der Erfüllung gesetzlicher Pflichten zur Durchführung von Kreditwürdigkeitsprüfungen von Kunden (§ 505a des Bürgerlichen Gesetzbuches, § 18a des Kreditwesengesetzes).

Insoweit befreie ich die AXA Krankenversicherung AG vom Berufsgeheimnis (Geheimhaltungspflicht nach §203 Strafgesetzbuch).

Die SCHUFA verarbeitet die erhaltenen Daten und verwendet sie auch zum Zwecke der Profilbildung (Scoring), um ihren Vertragspartnern im Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission besteht) Informationen unter anderem zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen Personen zu geben. Nähere Informationen zur Tätigkeit der SCHUFA können dem SCHUFA-Informationsblatt nach Art. 14 DSGVO entnommen oder online unter www.schufa.de/datenschutz eingesehen werden.

Datenübermittlung in ein Drittland
Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften, EU-Standardvertragsklauseln oder EU-US Privacy Shield) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen
Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten [sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen] entscheiden wir vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht, Bonifikationen und Zusatzdienstleistungen.
Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen: Die Regeln richten sich nach versicherungsmathematischen Kriterien und Kalkulationen. Beispielsweise erfolgt bei der Antragstellung die Berechnung und Bewertung auf Basis der Risikoanalyse Ihrer Gesundheitsdaten und Ihres Alters. Im Rahmen der Leistungsbearbeitung werden die eingereichten Belege anhand von Regelklassen geprüft.

Soweit wir automatisierte Einzelfallentscheidungen in den vorherig beschriebenen Fällen durchführen, haben Sie das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Verantwortlichen, auf Darlegung des eigenen Standpunkts und Anfechtung der Entscheidung.

Dieses Recht besteht nicht, wenn Ihrem Begehren vollumfänglich stattgegeben wurde.

Hinweis auf die Möglichkeit des Widerspruchs gegen die Datenverwendung zur Werbung sowie Markt- und Meinungsforschung

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der AXA Gruppe und deren Kooperationspartner sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen.

Leistungsbegrenzung bei 1 bis 3 fehlenden Zähnen in den Tarifen DENT Premium-U und DENT Komfort-U

bei 1 bis 3 fehlenden Zähnen wird, abweichend von den Tarifbedingungen, die Leistung auf folgende Beträge begrenzt:

DENT Premium-U:

500 EUR im ersten Jahr,
1.000 EUR in den ersten 2 Jahren,
1.500 EUR in den ersten 3 Jahren,
2.000 EUR in den ersten 4 Jahren,
2.500 EUR in den ersten 5 Jahren,
3.000 EUR in den ersten 6 Jahren,
3.750 EUR in den ersten 7 Jahren,
4.500 EUR in den ersten 8 Jahren.

DENT Komfort-U:

400 EUR im ersten Jahr,
800 EUR in den ersten 2 Jahren,
1.300 EUR in den ersten 3 Jahren,
1.800 EUR in den ersten 4 Jahren,
2.300 EUR in den ersten 5 Jahren,
2.800 EUR in den ersten 6 Jahren,
3.300 EUR in den ersten 7 Jahren,
3.800 EUR in den ersten 8 Jahren.

Erstattungskonto

Wenn Sie ein spezielles Erstattungskonto wünschen, teilen Sie uns bitte den Kontoinhaber, die IBAN, die BIC und die Bankverbindung mit.

SCHUFA-Information

1. Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden, Tel.: +49 (0) 6 11-92 78 0

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der SCHUFA ist unter der o.g. Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz oder per E-Mail unter datenschutz@schufa.de erreichbar.

2. Datenverarbeitung durch die SCHUFA

2.1 Zwecke der Datenverarbeitung und berechtigte Interessen, die von der SCHUFA oder einem Dritten verfolgt werden

Die SCHUFA verarbeitet personenbezogene Daten, um berechtigten Empfängern Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen und juristischen Personen zu geben. Hierzu werden auch Scorewerte errechnet und übermittelt. Sie stellt die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und eine Verarbeitung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Das berechtigte Interesse ist insbesondere vor Eingehung von Geschäften mit finanziellem Ausfallrisiko gegeben. Die Kreditwürdigkeitsprüfung dient der Bewahrung der Empfänger vor Verlusten im Kreditgeschäft und eröffnet gleichzeitig die Möglichkeit, Kreditnehmer durch Beratung vor einer übermäßigen Verschuldung zu bewahren. Die Verarbeitung der Daten erfolgt darüber hinaus zur Betrugsprävention, Seriositätsprüfung, Geldwäscheprävention, Identitäts- und Altersprüfung, Anschriftenermittlung, Kundenbetreuung oder Risikosteuerung sowie der Tarifierung oder Konditionierung. Über etwaige Änderungen der Zwecke der Datenverarbeitung wird die SCHUFA gemäß Art. 14 Abs. 4 DSGVO informieren.

2.2 Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung

Die SCHUFA verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung. Die Verarbeitung erfolgt auf Basis von Einwilligungen sowie auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 Buchstabe f DSGVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DSGVO erteilt wurden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

2.3 Herkunft der Daten

Die SCHUFA erhält ihre Daten von ihren Vertragspartnern. Dies sind im europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein entsprechender Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission existiert) ansässige Institute, Finanzunternehmen und Zahlungsdienstleister, die ein finanzielles Ausfallrisiko tragen (z. B. Banken, Sparkassen, Genossenschaftsbanken, Kreditkarten-, Factoring- und Leasingunternehmen) sowie weitere Vertragspartner, die zu den unter Ziffer 2.1 genannten Zwecken Produkte der SCHUFA nutzen, insbesondere aus dem (Versand-)Handels-, eCommerce-, Dienstleistungs-, Vermietungs-, Energieversorgungs-, Telekommunikations-, Versicherungs-, oder Inkassobereich. Darüber hinaus verarbeitet die SCHUFA Informationen aus allgemein zugänglichen Quellen wie öffentlichen Verzeichnissen und amtlichen Bekanntmachungen (Schuldnerverzeichnisse, Insolvenzbekanntmachungen).

2.4 Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden (Personendaten, Zahlungsverhalten und Vertragstreue)

- Personendaten, z. B. Name (ggf. auch vorherige Namen, die auf gesonderten Antrag beauskunftet werden), Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift, frühere Anschriften
- Informationen über die Aufnahme und vertragsgemäße Durchführung eines Geschäftes (z. B. Girokonten, Ratenkredite, Kreditkarten, Pfändungsschutzkonten, Basiskonten)
- Informationen über unbestrittene, fällige und mehrfach angemahnte oder titulierte Forderungen sowie deren Erledigung
- Informationen zu missbräuchlichem oder sonstigen betrügerischem Verhalten wie Identitäts- oder Bonitätstäuschungen
- Informationen aus öffentlichen Verzeichnissen und amtlichen Bekanntmachungen
- Scorewerte

2.5 Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Empfänger sind im europäischen Wirtschaftsraum, in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein entsprechender Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission existiert) ansässige Vertragspartner gem. Ziffer 2.3. Weitere Empfänger können externe Auftragnehmer der SCHUFA nach Art. 28 DSGVO sowie externe und interne SCHUFA-Stellen sein. Die SCHUFA unterliegt zudem den gesetzlichen Eingriffsbefugnissen staatlicher Stellen.

2.6 Dauer der Datenspeicherung

Die SCHUFA speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Zeit.

Maßgebliches Kriterium für die Festlegung dieser Zeit ist die Erforderlichkeit. Für eine Prüfung der Erforderlichkeit der weiteren Speicherung bzw. die Löschung personenbezogener Daten hat die SCHUFA Regelfristen festgelegt. Danach beträgt die grundsätzliche Speicherdauer von personenbezogenen Daten jeweils drei Jahre taggenau nach deren Erledigung. Davon abweichend werden z. B. gelöscht:

- Angaben über Anfragen nach zwölf Monaten taggenau
- Informationen über störungsfreie Vertragsdaten über Konten, die ohne die damit begründete Forderung dokumentiert werden (z. B. Girokonten, Kreditkarten, Telekommunikationskonten oder Energiekonten), Informationen über Verträge, bei denen die Evidenzprüfung gesetzlich vorgesehen ist (z. B. Pfändungsschutzkonten, Basiskonten) sowie Bürgschaften und Handelskonten, die kreditorisch geführt werden, unmittelbar nach Bekanntgabe der Beendigung.
- Daten aus den Schuldnerverzeichnissen der zentralen Vollstreckungsgerichte nach drei Jahren taggenau, jedoch vorzeitig, wenn der SCHUFA eine Löschung durch das zentrale Vollstreckungsgericht nachgewiesen wird
- Informationen über Verbraucher-/Insolvenzverfahren oder Restschuldbefreiungsverfahren taggenau drei Jahre nach Beendigung des Insolvenzverfahrens oder Erteilung der Restschuldbefreiung. In besonders gelagerten Einzelfällen kann auch abweichend eine frühere Löschung erfolgen.
- Informationen über die Abweisung eines Insolvenzantrages mangels Masse, die Aufhebung der Sicherungsmaßnahmen oder über die Versagung der Restschuldbefreiung taggenau nach drei Jahren
- Personenbezogene Voranschriften bleiben taggenau drei Jahre gespeichert; danach erfolgt die Prüfung der Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung für weitere drei Jahre. Danach werden sie taggenau gelöscht, sofern nicht zum Zwecke der Identifizierung eine länger währende Speicherung erforderlich ist.

3. Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat gegenüber der SCHUFA das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO und das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Die SCHUFA hat für Anliegen von betroffenen Personen ein Privatkunden ServiceCenter eingerichtet, das schriftlich unter SCHUFA Holding AG, Privatkunden ServiceCenter, Postfach 10 34 41, 50474 Köln, telefonisch unter +49 (0) 6 11-92 78 0 und über ein Internet-Formular unter www.schufa.de erreichbar ist. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die SCHUFA zuständige Aufsichtsbehörde, den Hessischen Datenschutzbeauftragten, zu wenden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden.

Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, widersprochen werden.

Der Widerspruch kann formfrei erfolgen und ist zu richten an

SCHUFA Holding AG, Privatkunden ServiceCenter, Postfach 10 34 41, 50474 Köln.

4. Profilbildung (Scoring)

Die SCHUFA-Auskunft kann um sogenannte Scorewerte ergänzt werden. Beim Scoring wird anhand von gesammelten Informationen und Erfahrungen aus der Vergangenheit eine Prognose über zukünftige Ereignisse erstellt. Die Berechnung aller Scorewerte erfolgt bei der SCHUFA grundsätzlich auf Basis der zu einer betroffenen Person bei der SCHUFA gespeicherten Informationen, die auch in der Auskunft nach Art. 15 DSGVO ausgewiesen werden. Darüber hinaus berücksichtigt die SCHUFA beim Scoring die Bestimmungen § 31 BDSG. Anhand der zu einer Person gespeicherten Einträge erfolgt eine Zuordnung zu statistischen Personengruppen, die in der Vergangenheit ähnliche Einträge aufwiesen. Das verwendete Verfahren wird als „logistische Regression“ bezeichnet und ist eine fundierte, seit langem praxiserprobte, mathematisch-statistische Methode zur Prognose von Risikowahrscheinlichkeiten.

Folgende Datenarten werden bei der SCHUFA zur Scoreberechnung verwendet, wobei nicht jede Datenart auch in jede einzelne Scoreberechnung mit einfließt: Allgemeine Daten (z. B. Geburtsdatum, Geschlecht oder Anzahl im Geschäftsverkehr verwendeter Anschriften), bisherige Zahlungsstörungen, Kreditaktivität letztes Jahr, Kreditnutzung, Länge Kredithistorie sowie Anschriftendaten (nur wenn wenige personenbezogene kreditrelevante Informationen vorliegen). Bestimmte Informationen werden weder gespeichert noch bei der Berechnung von Scorewerten berücksichtigt, z. B.: Angaben zur Staatsangehörigkeit oder besondere Kategorien personenbezogener Daten wie ethnische Herkunft oder Angaben zu politischen oder religiösen Einstellungen nach Art. 9 DSGVO. Auch die Geltendmachung von Rechten nach der DSGVO, also z. B. die Einsichtnahme in die bei der SCHUFA gespeicherten Informationen nach Art. 15 DSGVO, hat keinen Einfluss auf die Scoreberechnung.

Die übermittelten Scorewerte unterstützen die Vertragspartner bei der Entscheidungsfindung und gehen dort in das Risikomanagement ein. Die Risikoeinschätzung und Beurteilung der Kreditwürdigkeit erfolgt allein durch den direkten Geschäftspartner, da nur dieser über zahlreiche zusätzliche Informationen – zum Beispiel aus einem Kreditantrag – verfügt. Dies gilt selbst dann, wenn er sich einzig auf die von der SCHUFA gelieferten Informationen und Scorewerte verlässt. Ein SCHUFA-Score alleine ist jedenfalls kein hinreichender Grund einen Vertragsabschluss abzulehnen.

Weitere Informationen zum Kreditwürdigkeitsscoring oder zur Erkennung auffälliger Sachverhalte sind unter www.scoring-wissen.de erhältlich.

AXA Krankenversicherung AG
Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln · Postanschrift: 50592 Köln
Internet: www.AXA.de
Sitz der Gesellschaft: Köln · Handelsregister Köln HR B Nr. 1012
USt.-Ident-Nr. DE 122786679 · Versicherungsteuernr.: 9116/810/03020
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Antimo Perretta;
Vorstand: Dr. Alexander Vollert, Vorsitzender; Frank Hüppelshäuser,
Dr. Nils Kaschner, Dr. Stefan Lemke, Dr. Thilo Schumacher, Jens Warkentin.

Gesonderte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Satz 1 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Damit der Versicherer Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen kann, ist es notwendig, dass Sie die dort gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachfolgenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen der Versicherer in Textform fragt, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Soweit der Versicherer nach Ihrer Vertragserklärung aber vor Vertragsannahme nochmals in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragt, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und solche Untersuchungen oder Analysen weder verlangen noch deren Ergebnisse oder Daten verwenden. **Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu!** Anzuzeigen sind jedoch bereits bestehende Erkrankungen, Beschwerden, Anomalien, Behinderungen, Fehlstellungen, Fehlbildungen, Funktionsbeeinträchtigungen oder Körperimplantate, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann der Versicherer vom Versicherungsvertrag zurücktreten.

Dieses Recht steht dem Versicherer nicht zu, wenn

- Sie nachweisen, dass die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt wurde, oder
- bei einer grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, abgeschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht grds. kein Versicherungsschutz, es sei denn, der Versicherer erklärt den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles und Sie weisen nach, dass der nicht oder der nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich war.

Der Versicherungsschutz besteht allerdings auch in diesem Fall nicht, wenn der Versicherer seine Vertragserklärung wegen arglistiger Verletzung der Anzeigepflicht angefochten hat.

Dem Versicherer steht im Falle eines Rücktritts wegen Anzeigepflichtverletzung die Prämie bis zum Wirksamwerden des Rücktritts zu.

2. Kündigung

Haben Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt, kann der Versicherer den Vertrag – mit Ausnahme einer Krankheitskostenversicherung, die die Pflicht nach § 193 Abs. 3 VVG erfüllt – unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, es sei denn, er hätte den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, abgeschlossen.

3. Vertragsänderung

Steht dem Versicherer auf Grund der vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung weder ein Recht zum Rücktritt noch zur Kündigung zu, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil.

Soweit diese anderen Bedingungen einen Leistungsausschluss enthalten, erlischt für die ausgeschlossenen Umstände rückwirkend der Versicherungsschutz.

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, d. h. diese geschah weder vorsätzlich, grob fahrlässig noch fahrlässig, steht dem Versicherer auch das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Ausübung der Rechte des Versicherers

Der Versicherer kann sein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von diesem geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung seiner Rechte hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Der Versicherer kann zur Begründung nachträglich weitere Umstände angeben, sofern für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Die Rechte erlöschen grds. nach Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Die Rechte erlöschen nach Ablauf von zehn Jahren bei einer vorsätzlichen oder arglistigen Verletzung der Anzeigepflicht.

Die Ausübung der Rechte des Versicherers sind ausgeschlossen, wenn dieser die nicht oder unrichtig angezeigten Gefahrumstände kannte.

Stellvertretung

Wird der Vertrag durch Ihren Vertreter geschlossen sind bei der Anwendung der vorgenannten Regelungen sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch Ihre Kenntnis oder Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist nur berufen, wenn weder Ihnen noch Ihrem Vertreter Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: AXA Versicherung AG Deutschland 4095 **Produkt: DENT Premium-U**

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen ersten Überblick über ihre Krankenversicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Bitte lesen Sie sich alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?
Es handelt sich um eine private Krankheitskostenversicherung.

Was ist versichert?

Die Aufwendungen für zahnärztliche Behandlungen. Die nachfolgenden Prozentsätze beziehen sich auf die Erstattung inklusive der Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse bzw. Heilfürsorge.

- ✓ 100% für zahnärztliche Heilbehandlung.
- ✓ 100% für Prophylaxe und professionelle Reinigung, max. 120 Euro pro Jahr.
- ✓ 100% für Zahnersatz bei Regelversorgung.
- ✓ 90% für Zahnersatz bei privatärztlicher Versorgung, wenn in den vorangegangenen 5 Jahren jährlich eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung durchgeführt wurde, ansonsten 85%.
- ✓ 90% für kieferorthopädische Behandlungen für Versicherte unter 18 Jahren. Wenn die gesetzliche Krankenversicherung eine Leistung hierfür vorsieht, ist die Leistung auf 1.000 Euro für die gesamte Versicherungszeit begrenzt.
- ✓ 90% für kieferorthopädische Behandlungen für Versicherte ab 18 Jahren, wenn diese unfallbedingt sind.

Was ist nicht versichert?

- X Krankheitskosten für nichtzahnärztliche Behandlung
- X Krankheitskosten für stationäre Behandlung
- X Krankenhaustagegeld
- X Krankentagegeld
- X Pflegekosten und Pflegetagegeld

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z. B.:

- ! Krankheiten und Unfallfolgen, die auf Vorsatz beruhen.
- ! Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder, wobei die angefallenen Sachkosten erstattet werden.
- ! Leistungen innerhalb der Wartezeit von 6 Monaten.

Eingeschränkter Versicherungsschutz:

- ! In den ersten 48 Monaten sind die Leistungen auf bestimmte Beträge begrenzt.

Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- – Bitte informieren Sie uns, wenn eine versicherte Person aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheidet.
- – Bitte übersenden Sie uns auf unsere Aufforderung hin alle Informationen und Unterlagen, soweit diese für unsere Beurteilung im Leistungsfall erforderlich sind.

Wann und wie zahle ich?

- – Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen.
- – Die Beiträge sind jeweils zum Ersten eines Monats zu zahlen. Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches des monatlichen Beitrags für den entsprechenden Zeitraum jeweils im Voraus zu zahlen.
- – Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen.

Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- – Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben.
- – Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- – Der Versicherungsschutz endet, wenn:
  - – der Vertrag gekündigt wird
  - – die versicherte Person stirbt
  - – die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums aufgibt
  - – die versicherte Person aus der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Heilfürsorge ausscheidet.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- – Sie können nach Ablauf von zwei Versicherungsjahren nach Vertragsbeginn mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende kündigen.

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: AXA Versicherung AG Deutschland 4095 **Produkt: DENT Komfort-U**

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen ersten Überblick über ihre Krankenversicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Bitte lesen Sie sich alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?
Es handelt sich um eine private Krankheitskostenversicherung.

Was ist versichert?

Die Aufwendungen für zahnärztliche Behandlungen. Die nachfolgenden Prozentsätze beziehen sich auf die Erstattung inklusive der Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse bzw. Heilfürsorge.

- ✓ 75% für zahnärztliche Heilbehandlung.
- ✓ 75% für Prophylaxe und professionelle Reinigung, max. 100 Euro pro Jahr.
- ✓ 100% für Zahnersatz bei Regelversorgung, 75% bei privatärztlicher Versorgung.
- ✓ 75% für kieferorthopädische Behandlungen für Versicherte unter 18 Jahren. Wenn die gesetzliche Krankenversicherung eine Leistung hierfür vorsieht, ist die Leistung auf 75% und auf 750 Euro für die gesamte Versicherungszeit begrenzt.
- ✓ 75% für kieferorthopädische Behandlungen für Versicherte ab 18 Jahren, wenn diese unfallbedingt sind.

Was ist nicht versichert?

- X Krankheitskosten für nichtzahnärztliche Behandlung
- X Krankheitskosten für stationäre Behandlung
- X Krankenhaustagegeld
- X Krankentagegeld
- X Pflegekosten und Pflegetagegeld

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z. B.:

- ! Krankheiten und Unfallfolgen, die auf Vorsatz beruhen.
- ! Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder, wobei die angefallenen Sachkosten erstattet werden.
- ! Leistungen innerhalb der Wartezeit von 6 Monaten.

Eingeschränkter Versicherungsschutz:

- ! In den ersten 48 Monaten sind die Leistungen auf bestimmte Beträge begrenzt.

Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- – Bitte informieren Sie uns, wenn eine versicherte Person aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheidet.
- – Bitte übersenden Sie uns auf unsere Aufforderung hin alle Informationen und Unterlagen, soweit diese für unsere Beurteilung im Leistungsfall erforderlich sind.

Wann und wie zahle ich?

- – Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen.
- – Die Beiträge sind jeweils zum Ersten eines Monats zu zahlen. Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches des monatlichen Beitrags für den entsprechenden Zeitraum jeweils im Voraus zu zahlen.
- – Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen.

Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- – Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben.
- – Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- – Der Versicherungsschutz endet, wenn:
  - – der Vertrag gekündigt wird
  - – die versicherte Person stirbt
  - – die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums aufgibt
  - – die versicherte Person aus der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Heilfürsorge ausscheidet.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- – Sie können nach Ablauf von zwei Versicherungsjahren nach Vertragsbeginn mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende kündigen.

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: AXA Versicherung AG Deutschland 4095 **Produkt: DENT**

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen ersten Überblick über ihre Krankenversicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Bitte lesen Sie sich alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?
Es handelt sich um eine private Krankheitskostenversicherung.

Was ist versichert?

✓ Verdopplung des Festzuschusses der gesetzlichen Krankenversicherung für Zahnersatz und Implantate.

Was ist nicht versichert?

X Krankheitskosten für nichtzahnärztliche Behandlung
X Krankheitskosten für stationäre Behandlung
X Krankenhaustagegeld
X Krankentagegeld
X Pflegekosten und Pflegetagegeld

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z. B.:

! Krankheiten und Unfallfolgen, die auf Vorsatz beruhen.

Eingeschränkter Versicherungsschutz:

! In den ersten 48 Monaten sind die Leistungen – mit Ausnahme bei Unfall – auf bestimmte Beträge begrenzt.

Wo bin ich versichert?

✓ Versicherungsschutz besteht in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums.

Welche Verpflichtungen habe ich?

– Bitte informieren Sie uns, wenn eine versicherte Person aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheidet.
– Bitte übersenden Sie uns auf unsere Aufforderung hin alle Informationen und Unterlagen, soweit diese für unsere Beurteilung im Leistungsfall erforderlich sind.

Wann und wie zahle ich?

– Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen.
– Die Beiträge sind jeweils zum Ersten eines Monats zu zahlen. Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches des monatlichen Beitrags für den entsprechenden Zeitraum jeweils im Voraus zu zahlen.
– Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen.

Wann beginnt und wann endet die Deckung?

– Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben.
– Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
– Der Versicherungsschutz endet, wenn:
  – der Vertrag gekündigt wird
  – die versicherte Person stirbt
  – die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums aufgibt
  – die versicherte Person aus der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Heilfürsorge ausscheidet.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

– Sie können das Versicherungsverhältnis auch für einzelne Personen zum Ende eines jeden Monats, frühestens jedoch zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres, ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: AXA Versicherung AG Deutschland 4095 **Produkt: DENT Inlay**

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen ersten Überblick über ihre Krankenversicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Bitte lesen Sie sich alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?
Es handelt sich um eine private Krankheitskostenversicherung.

Was ist versichert?

- ✓ 50% der Aufwendungen für Inlays (inklusive Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse), max. 500 Euro pro Versicherungsjahr.
- ✓ 25% der Aufwendungen für Zahnprophylaxe und professionelle Zahnreinigung (inklusive Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse), max. 40 Euro pro Versicherungsjahr.

Was ist nicht versichert?

- X Krankheitskosten für nichtzahnärztliche Behandlung
- X Krankheitskosten für stationäre Behandlung
- X Krankenhaustagegeld
- X Krankentagegeld
- X Pflegekosten und Pflegetagegeld

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z. B.:

- ! Krankheiten und Unfallfolgen, die auf Vorsatz beruhen.

Eingeschränkter Versicherungsschutz:

- ! In den ersten 48 Monaten sind die Leistungen – mit Ausnahme bei Unfall – auf bestimmte Beträge begrenzt.

Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Bitte informieren Sie uns, wenn eine versicherte Person aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheidet.
- Bitte übersenden Sie uns auf unsere Aufforderung hin alle Informationen und Unterlagen, soweit diese für unsere Beurteilung im Leistungsfall erforderlich sind.

Wann und wie zahle ich?

- Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen.
- Die Beiträge sind jeweils zum Ersten eines Monats zu zahlen. Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches des monatlichen Beitrags für den entsprechenden Zeitraum jeweils im Voraus zu zahlen.
- Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen.

Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet, wenn:
  - der Vertrag gekündigt wird
  - die versicherte Person stirbt
  - die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums aufgibt
  - die versicherte Person aus der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Heilfürsorge ausscheidet.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis auch für einzelne Personen zum Ende eines jeden Monats, frühestens jedoch zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres, ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: AXA Versicherung AG Deutschland 4095 **Produkt: DENT Smile**

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen ersten Überblick über ihre Krankenversicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Bitte lesen Sie sich alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?
Es handelt sich um eine private Krankheitskostenversicherung.

Was ist versichert?

- ✓ 50% der Aufwendungen für Zahnbehandlung (inklusive Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse).
- ✓ 25% der Aufwendungen für Zahnprophylaxe und professionelle Zahnreinigung (inklusive Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse), max. 40 Euro pro Jahr.
- ✓ 50% der Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen bei Versicherten unter 18 Jahren, bis max. 500 Euro je Maßnahme, wenn die gesetzliche Krankenkasse nicht vorleistet.

Was ist nicht versichert?

- X Krankheitskosten für nichtzahnärztliche Behandlung
- X Krankheitskosten für stationäre Behandlung
- X Krankenhaustagegeld
- X Krankentagegeld
- X Pflegekosten und Pflegetagegeld

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z. B.:

- ! Krankheiten und Unfallfolgen, die auf Vorsatz beruhen.

Eingeschränkter Versicherungsschutz:

- ! In den ersten 48 Monaten sind die Leistungen – mit Ausnahme bei Unfall – auf bestimmte Beträge begrenzt.

Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Bitte informieren Sie uns, wenn eine versicherte Person aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheidet.
- Bitte übersenden Sie uns auf unsere Aufforderung hin alle Informationen und Unterlagen, soweit diese für unsere Beurteilung im Leistungsfall erforderlich sind.

Wann und wie zahle ich?

- Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen.
- Die Beiträge sind jeweils zum Ersten eines Monats zu zahlen. Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches des monatlichen Beitrags für den entsprechenden Zeitraum jeweils im Voraus zu zahlen.
- Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen.

Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet, wenn:
  - der Vertrag gekündigt wird
  - die versicherte Person stirbt
  - die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums aufgibt
  - die versicherte Person aus der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Heilfürsorge ausscheidet.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis auch für einzelne Personen zum Ende eines jeden Monats, frühestens jedoch zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres, ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

Vertragsinformationen

1. Vertragspartner

Ihr Vertragspartner ist die AXA Krankenversicherung AG, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln, Postanschrift: 50592 Köln, eingetragen im Handelsregister Köln unter der Registernummer HR B Nr. 1012.

Die vertretungsberechtigten Vorstände entnehmen Sie bitte der Fußzeile des Schreibens, mit dem Ihnen der Versicherungsschein übersandt wird.

Unsere ausschließliche Geschäftstätigkeit ist der Betrieb der Kranken- und Pflegeversicherung.

2. Weitere Ansprechpartner

Sofern Ihr Vertrag mit Hilfe eines Vermittlers zustande kommt, steht Ihnen dieser als Ansprechpartner zur Verfügung. Seinen Namen und die Anschrift Ihres Vermittlers finden Sie auf dem Anschreiben zu unserem Angebot, dem Vorschlag oder dem Ihnen ausgehändigten Antragsvordruck. Bitte beachten Sie, dass es sich bei einem Versicherungsmakler nicht um einen Vertreter der AXA Krankenversicherung AG handelt.

3. Vertragsabschluss, Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes

a) Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages

Der Vertrag kommt mit uns zustande, wenn wir den von Ihnen gestellten Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages annehmen. Dies geschieht, indem wir Ihnen den Versicherungsschein oder eine ausdrückliche Annahmeerklärung übersenden und dieser/diese Ihnen zugeht.

b) Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes

Der Vertrag kommt mit uns zustande, wenn Sie das von uns auf Ihren Antrag hin erstellte Angebot, welches wir Ihnen mit den Bestimmungen und Informationen zum Vertrag übersenden, annehmen und Ihre Annahmeerklärung bei uns eingeht. Bitte beachten Sie die Fristen nach Ziffer 4.

c) Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Vertrages und Ablauf von im Tarif bezeichneten Wartezeiten.

4. Gültigkeit der Informationen und Angebote

Sofern die AXA Krankenversicherung AG die Gültigkeit der zur Verfügung gestellten Informationen oder evtl. Angebote begrenzt hat, finden Sie in den jeweiligen Dokumenten einen entsprechenden Hinweis. Im Übrigen gelten die Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Danach kann der einem Abwesenden gemachte Antrag nur bis zu dem Zeitpunkt angenommen werden, in welchem der Antragende den Eingang der Antwort unter regelmäßigen Umständen erwarten darf.

5. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins ohne Angaben von Gründen widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nur, wenn Sie den Versicherungsschein und alle Bestimmungen und Informationen zum Vertrag erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Eine Erklärung in Textform (z. B. per Fax oder E-Mail) ist ausreichend. Der Widerruf ist zu richten an AXA Krankenversicherung AG, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln, Postanschrift: 50592 Köln.

6. Laufzeit und wesentliche Merkmale der Versicherungsleistungen

Angaben zum Versicherungsbeginn entnehmen Sie bitte dem Angebot/Vorschlag oder dem Antrag.

Angaben zu Laufzeit und Ende des Versicherungsschutzes sowie der Mindestvertragsdauer entnehmen Sie bitte dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten oder den allgemeinen Versicherungsbedingungen der von Ihnen gewünschten Tarife.

Angaben zu Art und Umfang der Versicherungsleistung entnehmen Sie bitte dem Angebot nebst den ausgehändigten Allgemeinen Versicherungsbedingungen der gewünschten Tarife. Im Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen finden Sie auch einen Abdruck der wichtigsten für das Versicherungsverhältnis geltenden gesetzlichen Regelungen. Unsere Leistungen erbringen wir unverzüglich nach Abschluss der zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlichen Prüfung.

7. Garantiefonds

Zur Sicherung der Ansprüche von Versicherten ist die AXA Krankenversicherung AG Mitglied folgenden gesetzlichen Sicherungsfonds nach §§ 221, 224 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG):

Medicator AG
Gustav-Heinemann-Ufer 74 c
50968 Köln
Telefon: 0221 9987-0
Telefax: 0221 9987-3950

8. Gesamtpreis der Versicherung

Die zu zahlenden Beiträge für die von Ihnen gewünschten Tarife entnehmen Sie bitte dem Angebot/Vorschlag oder dem Antrag. Diese gelten vorbehaltlich der Risikoprüfung.

9. Zahlung und Erfüllung

Der Beitrag ist, sofern nichts anderes vereinbart wurde, monatlich jeweils zum Ersten eines jeden Monats zu zahlen. Die erste Beitragsrate ist zum Versicherungsbeginn, frühestens aber unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen ab Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Üblicher Zahlungsweg ist das SEPA-Lastschriftverfahren.

10. Kosten und Gebühren

Sie können sich mit unserem Kunden-Service-Zentrum unter der Rufnummer 0221 148 - 41000 in Verbindung setzen.

11. Beendigung des Vertrages

Die AXA Krankenversicherung AG verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

Sie können den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Monats, frühestens aber zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres kündigen.

Sonstige Beendigungsgründe entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

12. Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Sowohl auf das vorvertragliche Rechtsverhältnis als auch auf den Versicherungsvertrag findet deutsches Recht Anwendung. Klagen aus dem Versicherungsverhältnis können bei dem für Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt zuständigen Gericht erhoben werden. Für den Fall, dass eine im Klageweg in Anspruch zu nehmende Partei keinen allgemeinen Gerichtsstand in Deutschland hat, ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort nach Vertragsschluss aus Deutschland verlegt hat oder ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, wird die Zuständigkeit der verbleibenden deutschen Gerichtsstände der anderen Partei vereinbart.

13. Vertragssprache

Vertragssprache ist Deutsch. Alle erforderlichen Informationen werden ebenfalls in Deutsch erteilt.

14. Außergerichtliche Rechtsbehelfe

Unser Ziel ist es, Ihnen einen optimalen Service zu bieten. Wenn uns das einmal nicht gelingt, informieren Sie uns bitte schriftlich oder rufen Sie uns an unter der Rufnummer 0221 148 - 41000.

a) Sollten Sie mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden sein, haben Sie zur außergerichtlichen Streitbeilegung die Möglichkeit, den Versicherungsombudsmann anzurufen:

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung,
Kronenstraße 13, 10117 Berlin,
Telefax: 030 20458931,
www.pkv-ombudsmann.de

b) Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde einzulegen:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn,
www.bafin.de

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu bestreiten, bleibt hiervon unberührt.

Vertragsgrundlage 006 Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Zahnvorsorge (AVB/ZV) Teil I

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.

(3) Der Geltungsbereich für den Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) sowie die Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR).
Während der ersten drei Monate eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes besteht weltweit Versicherungsschutz. Dies gilt für Auslandsaufenthalte, die auch dem Zweck der Heilbehandlung dienen, nur, wenn der Versicherer dies vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung (Vertragsschluss) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeit beträgt grundsätzlich sechs Monate.

(2) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an. Sie entfallen bei Unfällen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Umfang der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

(3) Als Leistungen der Heilbehandlung gelten die in den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte aufgeführte Positonen. Diese werden bis zu den in den Gebührenordnungen festgelegten Höchstsätzen erstattet, sofern der Tarif nicht anderes vorsieht.

(4) Arznei- und Verbandsmittel müssen von den Zahnärzten verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

(5) Der Versicherer leistet in vertraglichem Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben, oder, die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

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

(7) 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 eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht

1. für auf Vorsatz beruhende Erkrankungen und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr begangenen Verbrechen des Mordes, des Totschlages oder der Vergewaltigung zugezogen hat.
2. für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfolgen, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht werden, sofern vor dem Zeitpunkt der Einreise für das betreffende Land eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes gegeben war;

   Dies gilt auch, wenn sich die versicherte Person zum Zeitpunkt der Reisewarnung des Auswärtigen Amtes oder bei Ausbruch des Krieges bereits in dem betreffenden Land aufhält und dieses nicht unverzüglich nach Veröffentlichung der Reisewarnung bzw. Ausbruch des Krieges verlässt. Die vorgenannten Regelungen gelten sowohl für private als auch berufliche Auslandsaufenthalte;
3. für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

(2) Besteht auch Anspruch auf Leistung aus der gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung oder auf eine gesetzliche Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungsplichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistung notwendig bleiben.

§ 6 Auszahlung von Versicherungsleistungen

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

(2) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

(3) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein ausländisches Konto und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

(4) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig.

(2) Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Liegt der Versicherungsbeginn in der Zukunft, wird der erste Beitrag erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.

(3) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 9 Beitragsberechnung

(1) Die Höhe des Beitrages für den Neuzugang richtet sich nach dem Alter der versicherten Person bei Versicherungsbeginn (Eintrittsalter) und ergibt sich aus den jeweils gültigen Beitragsübersichten. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr.

(2) Für Personen, die das 20., 40., 45., 50., 55., 60. bzw 80. Lebensjahr vollenden, ist ab dem Beginn des folgenden Kalenderjahres der ihrem Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

(3) Der Versicherer überprüft die Prämien der Tarife gemäß § 203 Absatz 2 VVG in Verbindung mit § 12 b Absatz 2 VAG, wenn der jährliche Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 7 % für die Versicherungsleistungen und 5 % für die Sterbewahrscheinlichkeit ergibt. Im Übrigen bleiben die gesetzlichen Bestimmungen zur Prämienanpassung unberührt.

§ 10 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.

(2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

§ 11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2-4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 11 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person werden dem Versicherungsnehmer zugerechnet und stehen insoweit seiner Kenntnis und seinem Verschulden gleich.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis für die Tarife DENT Premium-U und Dent Komfort-U zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten für Tarif DENT-U zum Ende jeden Monats – ohne Einhaltung einer Frist – kündigen, frühestens jedoch zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres.

(2) Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt und endet am 31.12. des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Das Versicherungsverhältnis endet bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person insoweit zu dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer hiervon Kenntnis erlangt.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

Außergerichtliche Streitbeilegung

Zur Schlichtung von Streitigkeiten aus dem Versicherungsvertrag kann sich der Versicherungsnehmer zur außergerichtlichen Streitbeilegung an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung

OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de

wenden. Der Versicherer nimmt am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil.

Gültig ab 09.2016

Vertragsgrundlage 074
Tarif Zahnvorsorge DENT Premium-U
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Stand: 09.2017

Teil II: Zusatzversicherung für ambulante zahnärztliche Heilbehandlung

A. Leistungen des Versicherers	Erstattung der Aufwendungen jeweils **inklusive der Vorleistung durch eine deutsche gesetzliche Krankenversicherung (GKV)/Heilfürsorge**.
1. Medizinisch notwendiger Zahnersatz, Kronen und Inlays	**85 %** der Aufwendungen bei privatärztlicher Versorgung für a) den Ersatz fehlender Zähne (z. B. Implantate, Brücken und Prothesen) b) Kronen, Suprakonstruktionen und Inlays **90 %** der Aufwendungen für die in Buchstabe a) + b) aufgeführten Behandlungsmaßnahmen bei privatärztlicher Versorgung, wenn der Nachweis (z. B. durch ein Bonusheft) erbracht wird, dass in den vorangegangenen fünf Jahren jährlich eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung erfolgte. **100 %** der Aufwendungen für die in Buchstabe a) + b) aufgeführten Behandlungsmaßnahme, wenn die Rechnung keine privatzahnärztlichen Vergütungsanteile nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) enthält (Regelversorgung).
2. Medizinisch notwendige Kieferorthopädie (KfO)	**90 %** der Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlung, a) wenn diese vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde und die GKV hierfür keine Leistungen vorsieht. Soweit die GKV hierfür eine Leistung vorsieht, bis max. 1000,- Euro für die gesamte Vertragslaufzeit. b) wenn die Behandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde und wenn die Indikation auf einen Unfall zurückzuführen ist.
3. Professionelle Zahnreinigung und sonstige Zahnprophylaxe sowie medizinisch notwendige Zahnbehandlung	**100 %** der Aufwendungen bei privatärztlicher Versorgung für a) professionelle Zahnreinigung und sonstige Maßnahmen zur Verhütung und Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (Prophylaxe), begrenzt auf max. 120,– Euro pro Kalenderjahr b) Zahnbehandlung. Diese umfasst die zahnärztlichen Leistungen zur Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.
B. Begrenzungen der Leistung	Die Leistungen des Versicherers gemäß Abschnitt A. sind in den ersten vier in diesem Tarif zurückgelegten Versicherungsjahren wie folgt begrenzt:
1. Zahnstaffel	1. Jahr: 1.000,– Euro 1.-2. Jahr: 2.000,– Euro 1.-3. Jahr: 3.000,– Euro 1.-4. Jahr: 4.500,– Euro Auf die Zahnstaffel angerechnet werden bei einem Tarifwechsel bereits in Tarifen mit gleichartiger Tarifstruktur (Tarife mit vergleichbaren, oder höheren und umfassenderen Leistungen) zurückgelegte Versicherungsjahre. Das jeweilige Behandlungsdatum ist für die Zuordnung zu den Versicherungsjahren maßgeblich. Die Begrenzungen gelten nicht für unfallbedingte Aufwendungen.
2. Behandlung von Ärzten und Zahnärzten ohne Kassenzulassung	Werden Leistungen nach A1, A2 und A3 b) von Ärzten und Zahnärzten ohne Kassenzulassung erbracht, so werden pauschal 40 % des Rechnungsbetrages als fiktive Leistung der GKV angerechnet. Die Reduzierung des Erstattungsbetrages entfällt, wenn eine Vorleistung der GKV/Heilfürsorge nachgewiesen wird.
3. Vorleistung der GKV	Als Vorleistung der GKV gelten auch • Selbstbehalte, die der Versicherte mit der GKV zur Beitragsreduzierung vereinbart hat. • die in der GKV geltenden Eigenanteile des Versicherten bei kieferorthopädischen Behandlungen, die dem Versicherten lediglich bei Abschluss der Behandlung erstattet werden.
C. Bonifikationen	Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, welche die Qualität oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen eventueller Bonifikationen werden den Versicherten rechtzeitig mitgeteilt.
D. Versicherungsfähigkeit	Der Tarif Zahnvorsorge DENT Premium-U kann nur von Personen, die Mitglied einer deutschen GKV oder bei einer solchen familienversichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben, als Ergänzung zu den damit verbundenen Leistungen abgeschlossen werden. Mit Wegfall der vorgenannten Voraussetzung zum Abschluss des Tarifes Zahnvorsorge DENT Premium-U endet auch die Versicherung im Tarif Zahnvorsorge DENT Premium-U.

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I für die Zahnvorsorge

Gültig ab 09.2017

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif DENT Premium-U oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Welche Aufwendungen zählen zum Zahnersatz?

- Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen, Inlays, Onlays,
- Prothetische Leistungen (Brücken, Stiftzähne, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur),
- Implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen sowie erforderlicher Knochenaufbau,
- Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Keramikverblendungen, bis einschl. dem 6er-Zahn. Im nichtsichtbaren Bereich ab dem 7er-Zahn sind Metallverblendungen zu wählen,
- Material- und Laborkosten, soweit diese bei den jeweiligen Zahnersatzmaßnahmen anfallen.

Welche Aufwendungen zählen zur Zahnbehandlung?

- Dentinadhäsive Konstruktionen (Kunststoff- bzw. Kompositfüllungen),
- Wurzelbehandlungen,
- Parodontologische Leistungen,
- Aufbissbehelfe und Schienen,
- Material- und Laborkosten, soweit diese bei der jeweiligen Zahnbehandlung anfallen.

Welche Aufwendungen zählen zur professionellen Zahnreinigung/ Zahnprophylaxe?

- Entfernung weicher und harter Beläge, Reinigung der Zahnzwischenräume, Politur der Zähne,
- Fluoridierung, Fissurenversiegelungen,
- Speicheltest zur Keimbestimmung, Erstellung eines Mundhygienestatus und weitere Kontrollen des Übungserfolges.

Welche Aufwendungen zählen zur Kieferorthopädie?

- Behandlungskosten des Kieferorthopäden bzw. Zahnarztes,
- Material- und Laborkosten, soweit diese bei den jeweiligen KfO-Maßnahmen anfallen.

Welche sonstigen Aufwendungen zählen dazu?

- Akupunktur zur Schmerzbehandlung
- bei der Anästhesie u.a. die Durchführung von Vollnarkosen bei bestimmten zahnmedizinischen Maßnahmen

Wichtige Information für Tarifwechsler!

Aus welchen Tarifen erfolgt eine Anrechnung der Zahnstaffel?

1) Aus Tarifen mit gleichartiger Tarifstruktur. Das sind ausschließlich die Tarife Dent Komfort, Dent Komfort-U und Dent Premium. Bei einem Wechsel aus anderen Krankheitskostenzusatzversicherungen erfolgt keine Anrechnung.
2) Eine Anrechnung der Zahnstaffel erfolgt auch aus allen Tarifen mit Leistungen für Zahnersatz, die in Kombination mit einer Krankheitskostenvollversicherung nach § 193 VVG bestehen.

Informationen zu altersabhängigen Beiträgen und eventuellen Leistungsbegrenzungen

Altersabhängige Beiträge im Tarif DENT Premium-U

Die Beiträge sind besonders günstig, da auf Alterungsrückstellungen verzichtet wurde. Daher steigen mit zunehmendem Alter des Versicherten seine Beiträge. Dies geschieht jeweils zu Beginn des Jahres, in welchem der Versicherte die nächsthöhere Altersklasse erreicht.

Altersklassen und monatliche Beiträge (Stand 1/2017):

0 – 20 Jahre	18,72 Euro
21 – 40 Jahre	28,35 Euro
41 – 45 Jahre	33,40 Euro
46 – 50 Jahre	37,50 Euro
51 – 55 Jahre	40,76 Euro
56 – 60 Jahre	43,74 Euro
61 – 80 Jahre	47,17 Euro
ab 81 Jahre	47,17 Euro

Leistungsbegrenzung für Kunden mit fehlenden Zähnen bei Antragstellung im Tarif DENT Premium-U

Leistungsbegrenzung DENT Premium-U

Für Versicherte, bei denen bei Antragstellung bereits Zähne fehlen, wird abweichend von den Tarifbedingungen, die Leistung auf folgende Beträge begrenzt:

500 Euro	im ersten Jahr,
1000 Euro	in den ersten 2 Jahren,
1500 Euro	in den ersten 3 Jahren,
2000 Euro	in den ersten 4 Jahren,
2500 Euro	in den ersten 5 Jahren,
3000 Euro	in den ersten 6 Jahren,
3750 Euro	in den ersten 7 Jahren,
4500 Euro	in den ersten 8 Jahren.

Vertragsgrundlage 075
Tarif Zahnvorsorge DENT Komfort-U
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Stand: 09.2017

Teil II: Zusatzversicherung für ambulante zahnärztliche Heilbehandlung

A. Leistungen des Versicherers	Erstattung der Aufwendungen jeweils **inklusive der Vorleistung durch eine deutsche gesetzliche Krankenversicherung (GKV)/Heilfürsorge**.
1. Medizinisch notwendiger Zahnersatz, Kronen und Inlays	**75 %** der Aufwendungen bei privatärztlicher Versorgung für a) den Ersatz fehlender Zähne (z. B. Implantate, Brücken und Prothesen) b) Kronen, Suprakonstruktionen und Inlays **100 %** der Aufwendungen für die in Buchstabe a) + b) aufgeführten Behandlungsmaßnahme, wenn die Rechnung keine privatzahnärztlichen Vergütungsanteile nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) enthält (Regelversorgung).
2. Medizinisch notwendige Kieferorthopädie (KfO)	**75 %** der Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlung, a) wenn diese vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde und die GKV hierfür keine Leistungen vorsieht. Soweit die GKV hierfür eine Leistung vorsieht, bis max. 750,– Euro für die gesamte Vertragslaufzeit. b) wenn die Behandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde und wenn die Indikation auf einen Unfall zurückzuführen ist.
3. Professionelle Zahnreinigung und sonstige Zahnprophylaxe sowie medizinisch notwendige Zahnbehandlung	**75 %** der Aufwendungen bei privatärztlicher Versorgung für a) professionelle Zahnreinigung und sonstige Maßnahmen zur Verhütung und Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (Prophylaxe), begrenzt auf max. 100,– Euro pro Kalenderjahr b) Zahnbehandlung. Diese umfasst die zahnärztlichen Leistungen zur Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.
B. Begrenzungen der Leistung	Die Leistungen des Versicherers gemäß Abschnitt A. sind in den ersten vier in diesem Tarif zurückgelegten Versicherungsjahren wie folgt begrenzt: 1. Jahr: 800,– Euro 1.-2. Jahr: 1.800,– Euro 1.-3. Jahr: 2.800,– Euro 1.-4. Jahr: 3.800,– Euro
1. Zahnstaffel	Auf die Zahnstaffel angerechnet werden bei einem Tarifwechsel bereits in Tarifen mit gleichartiger Tarifstruktur (Tarife mit vergleichbaren, oder höheren und umfassenderen Leistungen) zurückgelegte Versicherungsjahre. Das jeweilige Behandlungsdatum ist für die Zuordnung zu den Versicherungsjahren maßgeblich. Die Begrenzungen gelten nicht für unfallbedingte Aufwendungen.
2. Behandlung von Ärzten und Zahnärzten ohne Kassenzulassung	Werden Leistungen nach A1, A2 und A3 b) von Ärzten und Zahnärzten ohne Kassenzulassung erbracht, so werden pauschal 40 % des Rechnungsbetrages als fiktive Leistung der GKV angerechnet. Die Reduzierung des Erstattungsbetrages entfällt, wenn eine Vorleistung der GKV/Heilfürsorge nachgewiesen wird.
3. Vorleistung der GKV	Als Vorleistung der GKV gelten auch • Selbstbehalte, die der Versicherte mit der GKV zur Beitragsreduzierung vereinbart hat. • die in der GKV geltenden Eigenanteile des Versicherten bei kieferorthopädischen Behandlungen, die dem Versicherten lediglich bei Abschluss der Behandlung erstattet werden.
C. Option zur Umstellung	Versicherte Personen haben das Recht zum 1.4. des sechsten Versicherungsjahres ohne erneute Gesundheitsprüfung in den Tarif Zahnvorsorge DENT Premium-U des Versicherers zu wechseln.
D. Bonifikationen	Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen eventueller Bonifikationen werden den Versicherten rechtzeitig mitgeteilt.
E. Versicherungsfähigkeit	Der Tarif Zahnvorsorge DENT Komfort-U kann nur von Personen, die Mitglied einer deutschen GKV oder bei einer solchen familienversichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben, als Ergänzung zu den damit verbundenen Leistungen abgeschlossen werden. Mit Wegfall der vorgenannten Voraussetzung zum Abschluss des Tarifes Zahnvorsorge DENT Komfort-U endet auch die Versicherung im Tarif Zahnvorsorge DENT Komfort-U.

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I für die Zahnvorsorge

Gültig ab 09.2017

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif DENT Komfort-U oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Welche Aufwendungen zählen zum Zahnersatz?

- Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen, Inlays, Onlays,
- Prothetische Leistungen (Brücken, Stiftzähne, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur),
- Implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen sowie erforderlicher Knochenaufbau,
- Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Keramikverblendungen, bis einschl. dem 6er-Zahn. Im nichtsichtbaren Bereich ab dem 7er-Zahn sind Metallverblendungen zu wählen,
- Material- und Laborkosten, soweit diese bei den jeweiligen Zahnersatzmaßnahmen anfallen.

Welche Aufwendungen zählen zur Zahnbehandlung?

- Dentinadhäsive Konstruktionen (Kunststoff- bzw. Kompositfüllungen),
- Wurzelbehandlungen,
- Parodontologische Leistungen,
- Aufbissbehelfe und Schienen,
- Material- und Laborkosten, soweit diese bei der jeweiligen Zahnbehandlung anfallen.

Welche Aufwendungen zählen zur professionellen Zahnreinigung/ Zahnprophylaxe?

- Entfernung weicher und harter Beläge, Reinigung der Zahnzwischenräume, Politur der Zähne,
- Fluoridierung, Fissurenversiegelungen,
- Speicheltest zur Keimbestimmung, Erstellung eines Mundhygienestatus und weitere Kontrollen des Übungserfolges.

Welche Aufwendungen zählen zur Kieferorthopädie?

- Behandlungskosten des Kieferorthopäden bzw. Zahnarztes,
- Material- und Laborkosten, soweit diese bei den jeweiligen KfO-Maßnahmen anfallen.

Welche sonstigen Aufwendungen zählen dazu?

- Akupunktur zur Schmerzbehandlung
- bei der Anästhesie u.a. die Durchführung von Vollnarkosen bei bestimmten zahnmedizinischen Maßnahmen

Wichtige Information für Tarifwechsler!

Aus welchen Tarifen erfolgt eine Anrechnung der Zahnstaffel?

1) Aus Tarifen mit gleichartiger Tarifstruktur. Das sind ausschließlich die Tarife Dent Komfort, Dent Premium und Dent Premium-U. Bei einem Wechsel aus anderen Krankheitskostenzusatzversicherungen erfolgt keine Anrechnung.
2) Eine Anrechnung der Zahnstaffel erfolgt auch aus allen Tarifen mit Leistungen für Zahnersatz, die in Kombination mit einer Krankheitskostenvollversicherung nach § 193 VVG bestehen.

Informationen zu altersabhängigen Beiträgen und eventuellen Leistungsbegrenzungen

Altersabhängige Beiträge im Tarif DENT Komfort-U

Die Beiträge sind besonders günstig, da auf Alterungsrückstellungen verzichtet wurde. Daher steigen mit zunehmendem Alter des Versicherten seine Beiträge. Dies geschieht jeweils zu Beginn des Jahres, in welchem der Versicherte die nächsthöhere Altersklasse erreicht.

Altersklassen und monatliche Beiträge (Stand 4/2014):

0 – 20 Jahre	12,58 Euro
21 – 40 Jahre	14,71 Euro
41 – 45 Jahre	22,56 Euro
46 – 50 Jahre	24,61 Euro
51 – 55 Jahre	25,72 Euro
56 – 60 Jahre	27,54 Euro
61 – 80 Jahre	32,22 Euro
ab 81 Jahre	32,22 Euro

Leistungsbegrenzung für Kunden mit fehlenden Zähnen bei Antragstellung im Tarif DENT Komfort-U

Leistungsbegrenzung DENT Komfort-U

Für Versicherte, bei denen bei Antragstellung bereits Zähne fehlen, wird abweichend von den Tarifbedingungen, die Leistung auf folgende Beträge begrenzt:

400 Euro	im ersten Jahr,
800 Euro	in den ersten 2 Jahren,
1300 Euro	in den ersten 3 Jahren,
1800 Euro	in den ersten 4 Jahren,
2300 Euro	in den ersten 5 Jahren,
2800 Euro	in den ersten 6 Jahren,
3300 Euro	in den ersten 7 Jahren,
3800 Euro	in den ersten 8 Jahren.

Vertragsgrundlage 358
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für Tarif Zahnvorsorge DENT (Stand 09.2016)

Ihr Versicherungsschutz

Versicherungsfähig sind Personen, die bei einer Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland versichert sind und für die keine anderen privaten Versicherungen mit Leistungsanspruch für Zahnersatz bestehen.

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Wir bieten Versicherungsschutz für die Versorgung der versicherten Person mit Zahnersatz.

(2) Versicherungsschutz besteht für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz bzw. dessen Erneuerung oder Reparatur, soweit dies erstmals nach Vertragsschluss angeraten wird (Versicherungsfall). Kein Versicherungsschutz besteht für die erstmalige Versorgung mit Zahnersatz für Zähne, die bei Vertragsschluss fehlten und nicht ersetzt waren.

(3) Der Umfang Ihres Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, zusätzlichen schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Ihr Versicherungsschutz gilt weltweit.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung (Vertragsschluss). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

§ 3 Wartezeiten

Es bestehen keine Wartezeiten.

§ 4 Informationen zum Leistungsumfang

(1) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz oder dessen Reparatur, vorausgesetzt, es besteht für diese Maßnahmen ein von der Gesetzlichen Krankenversicherung anerkannter Anspruch auf einen Festzuschuss nach § 55 SGB V.

(2) Wir zahlen im Versicherungsfall den gleichen Betrag, der von der Gesetzlichen Krankenversicherung als Festzuschuss für diesen Zahnersatz erstattet wird. Nach Anrechnung des von der Gesetzlichen Krankenversicherung erstatteten Betrags sowie von Erstattungen anderer Kostenträger wird jedoch maximal die verbleibende Differenz zu den tatsächlichen Kosten des unter den Versicherungsschutz fallenden Zahnersatzes gezahlt.

(3) Innerhalb der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn in diesem Tarif bestehen folgende Leistungsbegrenzungen:

1.-12. Monat insgesamt höchstens 300,– Euro

1.-24. Monat insgesamt höchstens 600,– Euro

1.-36. Monat insgesamt höchstens 900,– Euro

1.-48. Monat insgesamt höchstens 1.200,– Euro

Ab dem 49. Monat und bei Unfällen entfällt die Begrenzung.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Wir leisten nicht für von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführte Versicherungsfälle.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Zur Prüfung Ihres Erstattungsanspruchs benötigen wir einen Nachweis über die bei der versicherten Person erbrachten Leistungen unter Angabe der betroffenen Zähne bzw. Bereiche und Behandlungsdaten (z. B. Zahnarztrechnung) sowie einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der Gesetzlichen Krankenversicherung und etwaiger Erstattungen Dritter. Nach Prüfung zahlen wir die tarifliche Leistung aus. Benennen Sie eine mitversicherte Person widerruflich oder unwiderruflich als empfangsberechtigt für deren Versicherungsleistung, leisten wir an diese Person. Ihre Erklärung muss in Textform erfolgen. Andernfalls können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(2) Die in ausländischer Währung entstandenen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in unsere Landeswährung umgerechnet.

(3) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne unsere Zustimmung weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Versicherungsvertrag ist zunächst für die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres gilt als erstes Versicherungsjahr. Wird das Versicherungsverhältnis zum Ende des zweiten Versicherungsjahres nicht gekündigt, verlängert es sich stillschweigend.

(2) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

(3) Wenn Sie den Erstbeitrag oder einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, kann dies unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und mahnen wir Sie in Textform, so sind Sie zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.

(4) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 8a Beitragsberechnung

Die Beiträge für den Neuzugang ergeben sich aus den jeweils gültigen Beitragsübersichten. Sie richten sich nach dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Für Personen, die das 20., 40., 60. bzw. 80. Lebensjahr vollenden, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der ihrem Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Unsere Versicherungsleistungen können sich durch steigende Behandlungskosten oder eine häufigere Inanspruchnahme oder steigende Lebenserwartung ändern. Wir vergleichen daher zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt eine dieser Gegenüberstellungen für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 %, müssen alle Beiträge dieses Tarifs von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

(2) Anpassungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf Ihre Benachrichtigung durch uns folgt.

(3) Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können auch betragsmäßig festgelegte Höchsterstattungsbeträge mit Zustimmung des Treuhänders angehoben werden.

§ 9 Mitwirkungspflichten

(1) Bitte beachten Sie, dass Sie und jede andere mitversicherte Person auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder Ihres Erstattungsanspruches dem Grunde und der Höhe nach erforderlich ist.

(2) Auf unseren Wunsch hin ist der Versicherte verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Zahnarzt untersuchen zu lassen.

(3) Als Versicherungsnehmer sind Sie verpflichtet, uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.

§ 10 Folgen der Verletzung von Mitwirkungspflichten

Wenn Sie oder eine andere versicherte Person die in § 9 Abs. 1 und 2 beschriebenen Mitwirkungspflichten vorsätzlich verletzen, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Beruht die Verletzung auf grober Fahrlässigkeit, können wir unsere Leistung entsprechend der Schwere des Verschuldens herabsetzen. Außer bei arglistiger Verletzung bleiben wir zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der von uns zu erbringenden Leistungen gehabt hat.

§ 11 Aufrechnung

Sie können gegenüber unseren Ansprüchen nur aufrechnen, soweit Ihre Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 12 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Sie können das Versicherungsverhältnis auch für einzelne Personen zum Ende eines jeden Monats, frühestens jedoch zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres, ohne Einhaltung einer Frist schriftlich kündigen.

(2) Kündigen Sie für andere Versicherte, ist es erforderlich, dass Sie uns nachweisen, dass der Versicherte von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. Der Versicherte hat dann das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, wenn er uns dies innerhalb von zwei Monaten nach Ihrer Kündigungserklärung mitteilt.

§ 13 Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

§ 14 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit endet die Versicherung für die jeweils versicherte Person, jedoch nicht vor dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von dem Wegfall Kenntnis erlangt.

(2) Wenn eine versicherte Person stirbt, endet das Versicherungsverhältnis für diese Person. Wenn der Versicherungsnehmer stirbt, haben die bisher Mitversicherten das Recht, die Versicherung unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, sofern uns diese Erklärung innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers schriftlich zugeht; andernfalls endet das Versicherungsverhältnis mit dem Tod des Versicherungsnehmers.

Sonstige Bestimmungen

§ 15 Willenserklärung zum Versicherungsverhältnis

Ihre Willenserklärungen und Mitteilungen zum Versicherungsverhältnis erwarten wir in Textform.

§ 16 Verjährung – Gerichtsstand

(1) Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren, beginnend mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung fällig geworden ist.

(2) Klagen gegen uns können bei dem für unseren Geschäftssitz zuständigen Gericht oder bei dem Gericht des Ortes geltend gemacht werden, an dem Sie in Deutschland Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(3) Wir können Forderungen aus dem Versicherungsverhältnis bei dem Gericht des Ortes geltend machen, an dem Sie in Deutschland Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(4) Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt oder haben Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt bei Vertragsschluss in einem solchen Staat, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 17 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens sind wir berechtigt, die Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen anzupassen, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzung für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Außergerichtliche Streitbeilegung

Zur Schlichtung von Streitigkeiten aus dem Versicherungsvertrag kann sich der Versicherungsnehmer zur außergerichtlichen Streitbeilegung an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung

OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de

wenden. Der Versicherer nimmt am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil.

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz

Was ist im Leistungsfall von Ihnen zu beachten?

Damit wir Ihnen schnellstmöglich die tarifliche Leistung erstatten können, reichen Sie uns bitte nach Abschluss der Behandlung folgende Unterlagen ein:

- Rechnung und Heil- und Kostenplan Ihres Zahnarztes
  - mit Bewilligungsvermerk Ihrer Krankenkasse zum Festzuschuss
  - mit Angaben zur behandelten Person (Vor- und Zunamen, Geburtsdatum)
  - mit Gesamtrechnungsbetrag
  - mit Behandlungsdaten (Behandlungsdauer)
  - mit Angaben zu den behandelten Zähnen und durchgeführten Leistungen

Wir empfehlen Ihnen, die Rechnung immer zusammen mit dem genehmigten Heil- und Kostenplan einzureichen. Eine vorherige Kostenzusage müssen Sie von uns nicht einholen.

Wofür besteht kein Versicherungsschutz?

Zahnersatzmaßnahmen für Zähne,

- die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses fehlten und nicht ersetzt waren bzw.
- für die vor Vertragsschluss eine Versorgung mit Zahnersatz angeraten oder begonnen wurde,

sind nicht Gegenstand der Versicherung nach Tarif Zahnvorsorge DENT.

Ergänzende allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif Zahnvorsorge DENT Inlay (Stand 4.2013)

Ihr Versicherungsschutz

Versicherungsfähig sind Personen, für die bei der AXA Krankenversicherung AG eine Versicherung nach Tarif Zahnvorsorge DENT besteht.

I. Geltung der Versicherungsbedingungen

Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen beinhalten Ergänzungen des Versicherungsschutzes nach Tarif Zahnvorsorge DENT. Soweit diese Bedingungen keine Regelungen zu bestimmten Sachverhalten enthalten, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifes Zahnvorsorge DENT.

II. Ergänzung zu § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Wir bieten Versicherungsschutz für
   a) die Versorgung der versicherten Person mit Inlays (Einlagefüllungen)
   b) Zahnprophylaxe inklusive professioneller Zahnreinigung
2. Versicherungsschutz besteht für die medizinisch notwendige Versorgung mit Inlays, soweit dies erstmals nach Vertragsschluss angeraten wird (Versicherungsfall).

III. Ergänzung zu § 4 Informationen zum Leistungsumfang

Erstattung der Aufwendungen jeweils inklusive der Vorleistung durch eine deutsche gesetzliche Krankenversicherung. Als Leistungen der Heilbehandlung gelten die in den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte aufgeführten Positionen. Diese werden bis zu den in den Gebührenordnungen festgelegten Höchstsätzen erstattet.

1. 50 % der Aufwendungen für medizinisch notwendige Versorgung mit Inlays, begrenzt auf max. 500,– Euro pro Kalenderjahr
2. 25 % der Aufwendungen für die Zahnprophylaxe inklusive professioneller Zahnreinigung, begrenzt auf max. 40,– Euro pro Kalenderjahr

Innerhalb der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn im Tarif Zahnvorsorge DENT Inlay bestehen für die Leistungen dieses Tarifs zusätzlich folgende Leistungsbegrenzungen:

1.-12. Monat insgesamt höchstens 300,– Euro

1.-24. Monat insgesamt höchstens 600,– Euro

1.-36. Monat insgesamt höchstens 900,– Euro

1.-48. Monat insgesamt höchstens 1.200,– Euro

Das jeweilige Behandlungsdatum ist für die Zuordnung zu den genannten Zeiträumen maßgeblich.

Ab dem 49. Monat und bei Unfällen entfällt die Begrenzung.

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif Zahnvorsorge DENT, Stand 04.2009.

Ergänzende allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif Zahnvorsorge DENT Smile (Stand 4.2013)

Ihr Versicherungsschutz

Versicherungsfähig sind Personen, für die bei der AXA Krankenversicherung AG eine Versicherung nach Tarif DENT besteht

I. Geltung der Versicherungsbedingungen

Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen beinhalten Ergänzungen des Versicherungsschutzes nach Tarif DENT. Soweit diese Bedingungen keine Regelungen zu bestimmten Sachverhalten enthalten, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifes DENT.

II. Ergänzung zu § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Wir bieten Versicherungsschutz für
   a) Zahnbehandlung inklusive Zahnfüllung, Wurzel- und Parodontosebehandlung
   b) Zahnprophylaxe inklusive professioneller Zahnreinigung
   c) kieferorthopädische Behandlung von Personen,
      – die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (Kinder), soweit die gesetzliche Krankenkasse (GKV) hierfür keine Leistungen vorsieht
      – die das 18. Lebensjahr vollendet haben (Erwachsene), wenn die Indikation auf einen Unfall zurückzuführen ist
2. Versicherungsschutz besteht für die medizinisch notwendige Behandlung, soweit dies erstmals nach Vertragsschluss angeraten wird (Versicherungsfall). Diese Voraussetzungen gelten nicht für Leistungen nach Ziffer 1. b).

III. Ergänzung zu § 4 Informationen zum Leistungsumfang

Erstattung der Aufwendungen jeweils inklusive der Vorleistung durch eine deutsche gesetzliche Krankenversicherung. Als Leistungen der Heilbehandlung gelten die in den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte aufgeführten Positionen. Diese werden bis zu den in den Gebührenordnungen festgelegten Höchstsätzen erstattet.

1. 50 % der Aufwendungen für
   a) medizinisch notwendige Zahnbehandlung
   b) medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung, begrenzt auf max. 500,– Euro je Maßnahme
2. 25 % der Aufwendungen für Zahnprophylaxe inklusive professioneller Zahnreinigung, begrenzt auf max. 40,– Euro pro Kalenderjahr

Innerhalb der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn im Tarif Zahnvorsorge DENT Smile bestehen für die Leistungen dieses Tarifs zusätzlich folgende Leistungsbegrenzungen:

1.-12. Monat insgesamt höchstens 300,– Euro

1.-24. Monat insgesamt höchstens 600,– Euro

1.-36. Monat insgesamt höchstens 900,– Euro

1.-48. Monat insgesamt höchstens 1.200,– Euro

Das jeweilige Behandlungsdatum ist für die Zuordnung zu den genannten Zeiträumen maßgeblich.

Ab dem 49. Monat und bei Unfällen entfällt die Begrenzung.

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif DENT, Stand 04.2009.

Informationen zu altersabhängigen Beiträgen und eventuellen Leistungsbegrenzungen

Altersabhängige Beiträge im Tarifen DENT, DENT Inlay, DENT Smile

Die Beiträge sind besonders günstig, da auf Alterungsrückstellungen verzichtet wurde. Daher steigen mit zunehmendem Alter des Versicherten seine Beiträge. Dies geschieht jeweils zu Beginn des Jahres, in welchem der Versicherte die nächsthöhere Altersklasse erreicht.

Altersklassen und monatliche Beiträge (Stand 1/2017):

	DENT	DENT Inlay	DENT Smile
0 – 20 Jahre	2,50 Euro	0,29 Euro	6,61 Euro
21 – 40 Jahre	7,40 Euro	1,73 Euro	2,19 Euro
41 – 45 Jahre	9,70 Euro	2,67 Euro	2,30 Euro
46 – 50 Jahre	9,70 Euro	2,67 Euro	2,30 Euro
51 – 55 Jahre	9,70 Euro	2,67 Euro	2,30 Euro
56 – 60 Jahre	9,70 Euro	2,67 Euro	2,30 Euro
ab 61 Jahre	12,80 Euro	3,25 Euro	2,31 Euro

Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

1. Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.
Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

2. Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.[1] Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er beim bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

[1] Waren Sie bereits vor dem 1.1.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrags (VVG), Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (VAG) und dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), Lebenspartnerschaftsgesetz

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

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

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

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

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei 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; Absatz 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 infolge dessen 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 Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person

(1) Die Krankenversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden. Versicherte Person ist die Person, auf welche die Versicherung genommen wird.

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000,– Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000,– Euro.

Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder

2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder

3. Anspruch auf Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes haben oder

4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat. Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1. (...)

§ 194 Anzuwendende Vorschriften

(1) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 74 bis 80 und 82 bis 87 anzuwenden. Die §§ 23 bis 27 und 29 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden. § 19 Abs. 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat. Abweichend von § 21 Abs. 3 Satz 1 beläuft sich die Frist für die Geltendmachung der Rechte des Versicherers auf drei Jahre.

(2) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, ist § 86 Abs. 1 und 2 entsprechend anzuwenden.

(3) Die §§ 43 bis 48 sind auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass ausschließlich die versicherte Person die Versicherungsleistung verlangen kann, wenn der Versicherungsnehmer sie gegenüber dem Versicherer in Textform als Empfangsberechtigten der Versicherungsleistung benannt hat; die Benennung kann widerruflich oder unwiderruflich erfolgen. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung verlangen. Einer Vorlage des Versicherungsscheins bedarf es nicht.

§ 195 Versicherungsdauer

(1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

(2) Bei Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Restschuldkrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.

(3) Bei der Krankenversicherung einer Person mit befristetem Aufenthaltstitel für das Inland kann vereinbart werden, dass sie spätestens nach fünf Jahren endet. Ist eine kürzere Laufzeit vereinbart, kann ein gleichartiger neuer Vertrag nur mit einer Höchstlaufzeit geschlossen werden, die unter Einschluss der Laufzeit des abgelaufenen Vertrags fünf Jahre nicht überschreitet; dies gilt auch, wenn der neue Vertrag mit einem anderen Versicherer geschlossen wird.

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

(1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

(2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

§ 204 Tarifwechsel

(1) [1]Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser

1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsaus schluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn

a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 01. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder

b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder

c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 01. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 01. Juli 2009 beantragt wurde; ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen;

2. bei einer Kündigung des Vertrags und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, bei einem anderen Krankenversicherer

a) die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung nach dem 01. Januar 2009 abgeschlossen wurde;

b) bei einem Abschluss eines Vertrags im Basistarif die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung vor dem 01. Januar 2009 abgeschlossen wurde und die Kündigung vor dem 01. Juli 2009 erfolgte.

[2] Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basistarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basistarif hinaus gehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist.

[3] Auf die Ansprüche nach den Sätzen 1 und 2 kann nicht verzichtet werden.

(2) Im Falle der Kündigung des Vertrags zur privaten Pflege-Pflichtversicherung und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags bei einem anderen Versicherer kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer verlangen, dass dieser die für ihn kalkulierte Alterungsrückstellung an den neuen Versicherer überträgt. Auf diesen Anspruch kann nicht verzichtet werden.

(3) Absatz 1 gilt nicht für befristete Vesicherungsverhältnisse. Handelt es sich um eine Befristung nach § 196 besteht das Tarifwechselrecht nach Absatz 1 Nummer 1.

(4) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben die Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

(1) Vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestversicherungsdauer bei der Krankheitskosten- und bei der Krankenhaustagegeldversicherung kann der Versicherungsnehmer ein Krankenversicherungsverhältnis, das für die Dauer von mehr als einem Jahr eingegangen ist, zum Ende des ersten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(2) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung sowie eine für diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.

(3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienerhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

(5) Hat sich der Versicherer vorbehalten, die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife zu beschränken und macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird. Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. In diesen Fällen kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.

(6) Abweichend von den Absätzen 1 bis 5 kann der Versicherungsnehmer eine Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, nur dann kündigen, wenn er bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen Vertrag abschließt, der dieser Pflicht genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden.

§ 206

(1) Jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht Darüber hinaus ist die ordentliche Kündigung einer Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und einer Pflegekrankenversicherung durch den Versicherer ausgeschlossen, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann. Sie ist weiterhin ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeld-Versicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht, kann der Versicherer abweichend von Satz 2 in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.

(...)

VAG

§ 146 Substitutive Krankenversicherung

(1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei
(...)

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge und
(...)

§ 153 Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungserstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 gilt entsprechend. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 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.

SGB V

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,

2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 7) nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,

2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,

2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,

2c. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten 6 Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31.12.2000 annehmen,

3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,

4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und

5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat. Der nach Satz 1 Nr. 2 maßgebliche durchschnittliche Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist jeweils zum 1. Januar nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) zu errechnen. Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.