



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die nach Art der Schadenversicherung kalkulierte Krankheitskostenversicherung (KV752_201808)

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die nach Art der Schadenversicherung kalkulierte Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung bestehen aus zwei Teilen, einem allgemeinen Teil I und einem tarifspezifischen Teil II. Teil I enthält die grundsätzlichen Festlegungen, die für alle nach Art der Schadenversicherung kalkulierten Krankheitskostentarife gelten. Der je Tarif gesondert bestehende Teil II enthält die für den entsprechenden Tarif gültigen Regelungen. Dazu zählt insbesondere die genaue Beschreibung des Leistungsumfanges.

Teil I Allgemeine Bedingungen

Inhalt

Der Versicherungsschutz

- § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
- § 2 Beginn des Versicherungsschutzes
- § 3 Dauer des Versicherungsvertrages
- § 4 Wartezeiten
- § 5 Auszahlung der Versicherungsleistungen
- § 6 Ende des Versicherungsschutzes

Pflichten des Versicherungsnehmers

- § 7 Beitragszahlung
- 7a Beitragsberechnung
- 7b Beitragsanpassung
- § 8 Obliegenheiten
- § 9 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
- § 10 Ansprüche gegen Dritte
- § 11 Aufrechnung

Ende der Versicherung

- § 12 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
- § 13 Kündigung durch den Versicherer
- § 14 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

- § 15 Willenserklärungen und Anzeigen
- § 16 Gerichtsstand
- § 17 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
- § 18 Sonstiges

Anhang

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Gegenstand der Versicherung

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

- a) in der Krankheitskosten-Versicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
- b) in der Krankenhaustagegeld-Versicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

(2) Versicherungsfall

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Ob und in welchem Umfang für den Versicherungsfall geleistet wird, ergibt sich aus dem für die versicherte Person vereinbarten Tarif. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- b) sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendige ambulante Untersuchungen sowie Schutzimpfungen,
- c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Umfang des Versicherungsschutzes

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I Allgemeine Bedingungen, Teil II Tarif) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er wird durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt, wenn der Versicherer vor Beginn des Auslandsaufenthaltes in Textform (z. B. Brief, Fax oder E-Mail) unterrichtet wird (vgl. aber § 14 Absatz 3). Während der ersten beiden Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen

notwendiger Heilbehandlung über zwei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

(5) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in einen anderen Mitgliedsstaat der EU

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Grundsätzliche Regelung

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Mitversicherung eines Neugeborenen oder Adoptivkindes

Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

(3) Versicherungsschutz bei Mitversicherung eines Neugeborenen oder Adoptivkindes

Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung eines Neugeborenen oder Adoptivkindes ohne Wartezeit gemäß Absatz 2 erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.



§ 3 Dauer des Versicherungsvertrages

(1) Abschluss und Dauer der Versicherung

Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform (z. B. Brief, Fax oder E-Mail) kündigt.

(2) Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr des jeweiligen Tarifes ist ein Rumpfsjahr. Es rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen den Kalenderjahren.

§ 4 Wartezeiten

(1) Beginn der Wartezeit

Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Allgemeine Wartezeit

Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

Sie entfällt

- a) bei Unfällen;
- b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

(3) Besondere Wartezeiten

Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

(4) Erlass von Wartezeiten

Sämtliche Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung für die ohne Wartezeiten zu versichernden Personen auf seine Kosten ärztliche Zeugnisse über ihren Gesundheitszustand vorlegt. Dies kann auch über ein Formblatt des Versicherers erfolgen. Gehen die Befundberichte nicht innerhalb dieser Frist ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

(5) Anrechnung der Vorversicherung auf die Wartezeiten

Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskosten-Vollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Absatz 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

(6) Leistungsanspruch bei Vorerkrankungen

Wird eine im Versicherungsantrag angezeigte Krankheit im Versicherungsschein nicht ausgeschlossen oder gegen Risikozuschlag mitversichert, dann besteht Anspruch auf Leistungen für die nach Ablauf der Wartezeit erforderliche Heilbehandlung.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 7 Beitragszahlung

(1) Festlegung von Monatsbeiträgen

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Die Monatsbeiträge sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(2) Regelung bei nicht monatlicher Beitragszahlung

Bei nicht monatlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von

- 1 % bei vierteljährlicher Zahlung
- 2 % bei halbjährlicher Zahlung
- 4 % bei Jahreszahlung gewährt.

Wird der bei nicht monatlicher Beitragszahlung der Monatsbeitrag während einer Zahlungsperiode neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Zahlungsperiode nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(3) Mitversicherung von Neugeborenen und Adoptivkindern

Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 Absatz 2 bzw. der Versicherung von Adoptivkindern gemäß § 2 Absatz 3 ist der Beitrag von dem auf die Geburt bzw. die Adoption folgenden Monat an zu entrichten.

(4) Zahlung des Erstbeitrages

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins, jedoch nicht vor dem Tag des im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbegins zu zahlen.

§ 5 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Voraussetzung für die Auszahlung der Versicherungsleistung

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

(2) Nachweise

Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen den einschlägigen Rechtsvorschriften entsprechen und insbesondere folgende Angaben enthalten: Namen der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Art der Leistungen sowie das jeweilige Behandlungsdatum. Wenn nur Krankenhaustagegeld gezahlt wird, ist als Nachweis eine Bescheinigung über die stationäre Heilbehandlung einzureichen, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, das Aufnahme- und das Entlassungsdatum sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungstage enthält. Der Nachweis ist nach Beendigung der stationären Behandlung alsbald zu führen, bei längerem Krankenhausaufenthalt können Zwischennachweise vorgelegt werden.

(3) Hinweise für das Einreichen von Rechnungen

Rechnungen sind, möglichst gesammelt je Krankheitsfall, nach beendeter Behandlung alsbald einzureichen, Rechnungen für Behandlungen aus dem letzten Kalenderjahr möglichst bis zum 30. Juni des Folgejahres.

(4) Gesetzliche Bestimmungen

Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

(5) Leistungsempfänger

Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(6) Umrechnung von in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten in Euro

Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist, insbesondere durch Bankbeleg, nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

(7) Überweisungs- und Übersetzungskosten

Überweisungskosten werden nicht erhoben, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können. Anderenfalls werden sie von den Leistungen abgezogen. Übersetzungskosten werden nicht erhoben.

(8) Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Ist ein Krankenhausaufweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 6 Ende des Versicherungsschutzes

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

(5) Folgen bei Nichtzahlung des Beitrags

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

(6) Mahnkosten

Für jede Mahnung werden Mahnkosten erhoben.

(7) Beendigung des Versicherungsverhältnisses

Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(8) Entrichtung der Beiträge

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



§ 7 a Beitragsberechnung

(1) Gesetzliche Vorschriften zur Beitragsberechnung

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

(2) Beitragszuschläge bei Beitragsänderungen

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

(3) Beitragszuschläge/Leistungsausschlüsse bei Vertragsänderungen

Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 7 b Beitragsanpassung

(1) Voraussetzungen

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(2) Absehen von einer Beitragsanpassung

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

(3) Wirksamwerden einer Beitragsanpassung

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

§ 8 Obliegenheiten

(1) Anzeigepflicht einer Krankenhausbehandlung

Bei einer Krankenhaustagegeld-Versicherung ist jede Krankenhausbehandlung binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

(2) Auskunftspflicht

Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 5 Absatz 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

(3) Ärztliche Untersuchung

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

(4) Schadenminderung

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

Ende der Versicherung

§ 12 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Kündigungszeitpunkt und Kündigungsfrist

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Beschränkung der Kündigung

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

(5) Unterrichtung bei anderweitigen Versicherungsschutz

Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskosten-Versicherungsvertrag abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

(6) Abschluss einer Krankenhaustagegeld-Versicherungen bei einem anderen Versicherer

Eine weitere Krankenhaustagegeld-Versicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

§ 9 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Auswirkungen von Obliegenheitsverletzungen auf die Leistungspflicht des Versicherers

Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 8 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

Wird eine der in § 8 Absatz 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG - siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

(2) Kenntnis und Verschulden einer Obliegenheitsverletzung

Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 10 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Abtretung von Ersatzansprüchen gegen Dritte

Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forde- rungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Durchsetzung von Ersatzansprüchen

Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) 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.

(3) Folgen bei Verletzung der Pflicht zur Abtretung und Durchsetzung von Ersatzansprüchen

Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Verfahren bei Anspruch auf Rückzahlung bereits gezahlter Entgelte

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 aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 11 Aufrechnung

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

(3) Vertraglich geregelte Beitragserhöhung

Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.



(4) Erhöhung von Beitrag bzw. Selbstbehalt oder Minderung der Leistungen

Erhöht der Versicherer die Beiträge oder einen betragsmäßig festgelegten Selbstbehalt aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 17 Absatz 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(5) Anspruch auf Aufhebung der Versicherung

Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

§ 13 Kündigung durch den Versicherer

(1) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

(2) Außerordentliches Kündigungsrecht

Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Beschränkung der Kündigung

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

(4) Rücktritt bei Verletzung der Anzeigepflicht

Wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht gemäß § 19 i. V. m. den §§ 21 und 194 Absatz 1 Sätze 3 und 4 VVG (siehe Anhang) kann der Versicherer vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit der Schließung drei Jahre verstrichen sind. Die Frist beläuft sich auf zehn Jahre, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden ist.

Sonstige Bestimmungen

§ 15 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform (z. B. Brief, Fax oder E-Mail).

§ 16 Gerichtsstand

(1) Zuständiges Gericht für Klagen des Versicherers

Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

(2) Zuständiges Gericht für Klagen des Versicherungsnehmers

Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

§ 17 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Anpassung mit Treuhänderzustimmung

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versiche-

§ 14 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Beendigung durch Tod des Versicherungsnehmers

Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Beendigung durch Tod der versicherten Person

Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in Ausland

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

(4) Trennung/Scheidung

Ein getrennt lebender Ehegatte oder rechtskräftig Geschiedener kann seinen Vertragsteil als selbstständige Versicherung fortsetzen. Die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit müssen erfüllt sein. Entsprechendes gilt für den getrennt lebenden eingetragenen Lebenspartner oder bei Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft.

(5) Beendigung bei Ausscheiden aus der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Endet die Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, so endet die Versicherung für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung fortfällt. Die versicherte Person hat die Beendigung der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

rungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. 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) Ersetzung einzelner Regelungen

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 auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 18 Sonstiges

Ein Auszug aus den Gesetzestexten, der insbesondere die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen erwähnten Bestimmungen enthält, ist dem Bedingungstext als Anhang beigefügt.



ANHANG

Information für den Versicherungsnehmer

Soweit nicht in den AVB Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und das Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG). Die für den Versicherungsnehmer wichtigsten Bestimmungen sind in diesem Anhang abgedruckt. Er enthält Auszüge aus folgenden Gesetzen:

Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)
Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs 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 Abschlagszahlung in Höhe des Betrages 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.

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

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

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

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

§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

(1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Absatz 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(2) Im Fall eines Rücktrittes nach § 19 Absatz 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Absatz 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

§ 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 grobe Fahrlässigkeit.

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

(3) Abweichend vom 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 die Rechtsfolge hingewiesen hat.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstbeitrag

(1) Wird der einmalige oder der erste Beitrag 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 der einmalige oder der erste Beitrag 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 des Beitrages aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgebeitrag

(1) Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens 2 Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Beiträge, 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 des Beitrags oder 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 infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

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

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

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(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 Krankheitskosten-Versicherung, 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 5.000,00 EUR begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinnmäßige Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000,00 EUR. 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 dem Asylbewerberleistungsgesetz 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 Krankheitskosten-Versicherungsvertrag 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 Absatz 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat. Abweichend von § 21 Absatz 3 Satz 1 beläuft sich die Frist für die Geltendmachung der Rechte des Versicherers auf drei Jahre.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn sich die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) der Zahnzusatzversicherung in den Tarifstufen Z80 (Komfort 80), Z90 (Komfort 90) und Z100 (Komfort 100) (KV993_201905)

Für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin, sehr geehrter Versicherungsnehmer,

diese AVB sind die Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. Der vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus dem Versicherungsantrag, diesen AVB, dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften. Es gilt deutsches Recht.

Inhaltsverzeichnis

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Wer kann versichert werden? 2. Was ist ein Versicherungsfall? 3. Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall? 4. Welche Leistungsbegrenzungen gelten in den ersten Versicherungsjahren? 5. Wann leisten wir nicht oder nur eingeschränkt? 6. Was ist im Versicherungsfall zu beachten? 7. Was ist bei Vertragsänderungen und Tarifwechseln zu beachten? 8. Wann beginnt der Versicherungsschutz? 9. Sind Wartezeiten zu beachten? 10. Was gilt für die Versicherungsbeiträge? 11. Was ist bei der Beitragszahlung zu beachten? 12. Wann können wir die Beiträge für diese Versicherung ändern? | <ol style="list-style-type: none"> 13. Wann können wir die AVB ändern? 14. Welche Obliegenheiten (Pflichten) haben Sie und die versicherten Personen? 15. Was geschieht, wenn diese Obliegenheiten (Pflichten) verletzt werden? 16. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag? 17. Wie können Sie den Vertrag kündigen? 18. Wann können wir den Vertrag kündigen? 19. Aus welchen anderen Gründen kann der Vertrag enden? 20. Was gilt für Mitteilungen an uns? 21. Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen? |
|---|---|

1. Wer kann versichert werden?

Es können nur Personen versichert werden, die in der deutschen GKV versichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben. Mit Ablauf des Monats, in dem für eine versicherte Person die Versicherung in der deutschen GKV endet bzw. der Anspruch auf Heilfürsorge entfällt, endet auch das Versicherungsverhältnis für diese Person.

2. Was ist ein Versicherungsfall?

Als Versicherungsfall gelten die nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetretenen medizinisch notwendigen zahnärztlichen oder kieferorthopädischen Heilbehandlungen einer versicherten Person. Der Versicherungsschutz gilt dabei weltweit.

Zudem gelten unabhängig von einer medizinischen Notwendigkeit zahnprophylaktische Leistungen (siehe 3.3.2), kieferorthopädische Behandlungen nach den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 bis 5 (siehe Punkt 3.3.3), schmerzstillende Maßnahmen (siehe Punkt 3.3.4) sowie zahnaufhellende Maßnahmen (siehe Punkt 3.3.5) als Versicherungsfall.

3. Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?

Abzüglich der in Ziffer 3.1 genannten Vorleistungen ersetzen wir in Höhe des Leistungsumfangs der vereinbarten Tarifstufe im Versicherungsfall Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie, damit zusammenhängende schmerzstillende Behandlungen sowie für Zahnprophylaxe und zahnaufhellende Maßnahmen (siehe Ziffer 3.3) unter Beachtung der in Ziffer 3.3 und 4 genannten Leistungsgrenzen.

Dabei bieten wir Ihnen weltweit Versicherungsschutz. Bitte beachten Sie hierbei jedoch Punkt 3.2.

3.1 Was geschieht mit Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers?

Leistungen, die eine GKV, der Dienstherr oder ein anderer Kostenträger für den Versicherungsfall erbringt, sind Vorleistungen. Als Vorleistung gilt auch ein für die versicherte Person mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt (GKV-Wahltarif mit Selbstbehalt). Vorleistungen sind vorrangig in Anspruch zu nehmen.

3.2 Nach welchen Gebührenordnungen muss abgerechnet werden?

Die für die versicherte Person entstandenen Aufwendungen erstatten wir nur, wenn sie nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) berechnet wurden.

Dies gilt der Höhe nach auch für Behandlungen im Ausland. Das bedeutet, dass wir höchstens die Aufwendungen erstatten, die bei einer Behandlung in Deutschland entstanden wären. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten rechnen wir zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro um.

Nach GOZ bzw. GOÄ abgerechnete Aufwendungen erstatten wir auch über die Höchstsätze der jeweiligen Gebührenordnung hinaus.

3.3 Wie hoch sind die Versicherungsleistungen im Detail?

3.3.1 Zahnbehandlung und Zahnersatz

Für Aufwendungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz erstatten wir abhängig von der vereinbarten Tarifstufe:

Z80	Z90	Z100
80 %	90 %	100 %

des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags. Davon abgezogen werden Vorleistungen nach Ziffer 3.1.

Unsere Erstattung ist jedoch auch in den Tarifstufen Z80 und Z90, in denen ein Eigenanteil verbleibt, mindestens so hoch wie der von der GKV für die entsprechende Zahnersatzmaßnahme gezahlte Festzuschuss nach § 55 Abs. 1 SGB V bzw. die Vorleistung der Heilfürsorge. Die Gesamterstattung darf dabei den erstattungsfähigen Rechnungsbetrag nicht übersteigen.

Das bedeutet, Ihr Eigenanteil am erstattungsfähigen Rechnungsbetrag beträgt bei Zahnbehandlung und Zahnersatzmaßnahmen nach Abzug der Leistungen der GKV bzw. der Heilfürsorge oder Dritter sowie unseren Leistungen abhängig von der gewählten Tarifstufe maximal:

Z80	Z90	Z100
20 %	10 %	0 %

Als Zahnbehandlung bzw. Zahnersatz gelten:

- Zahnkronen einschließlich Verblendungen (z. B. Veneers)
- Brücken
- Voll- und Teilprothesen
- Stützähne
- Einlagefüllungen (Inlays) einschließlich Onlays und Overlays
- Implantologische Leistungen einschließlich implantatgetragener Zahnersatz
- Kunststofffüllungen, Komposit-Füllungen, Schmelz-Dentin-Adhäsivfüllungen
- Wurzel- und Parodontosebehandlung (einschließlich Wurzelspitzenresektion, Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime, Dentallasern)
- Aufbissbehelfe, Schienen

Zu Zahnbehandlung und Zahnersatz zählen zudem:

- Die damit verbundenen Vor- und Nachbehandlungen
- Vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen (inkl. funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen), die unmittelbar zur Versorgung mit unter Versicherungsschutz stehendem Zahnersatz bzw. Zahnbehandlung erforderlich werden
- Die zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien
- Röntgenaufnahmen (2D oder 3D)
- Das Erstellen eines Heil- und Kostenplans

Übersteigt der zu erwartende Gesamtrechnungsbetrag 2.000,00 EUR, empfehlen wir Ihnen: Reichen Sie uns rechtzeitig vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan ein. Dann können wir Ihnen den Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen mitteilen.



3.3.2 Zahnprophylaxe

Wir erstatten 100 % der nach Vorleistungen verbleibenden Aufwendungen für prophylaktische Leistungen nach der GOZ (einschließlich professioneller Zahnreinigung und Fissurenversiegelung). Die Erstattung ist dabei pro Versicherungsjahr abhängig von der gewählten Tarifstufe auf folgende Beträge begrenzt:

Z80	Z90	Z100
100 EUR	150 EUR	200 EUR

3.3.3 Kieferorthopädie

Beginnt die Behandlung einer Zahn- oder Kieferfehlstellung vor Beendigung des 18. Lebensjahrs, erstatten wir die Aufwendungen für diese Behandlung (einschließlich der damit verbundenen Vor- und Nachbehandlungen, funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen und zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien) nach Abzug eines Leistungsanspruchs gegenüber der GKV abhängig von der gewählten Tarifstufe zu

Z80	Z90	Z100
80 %	90 %	100 %

In diesen Fällen ersetzen wir auch Aufwendungen für im Rahmen von Mehrkostenvereinbarungen erbrachte Zusatzleistungen.

Wurde eine kieferorthopädische Behandlung nach dem 18. Lebensjahr der versicherten Person begonnen, erstatten wir die Aufwendungen nur, wenn die Behandlung aufgrund eines Unfalls nötig wird. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper einwirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Zahn- oder Kieferfehlstellung erleidet.

Der Erstattungsbetrag für die gesamte kieferorthopädische Behandlung ist abhängig von der gewählten Tarifstufe auf folgende Beträge begrenzt:

Z80	Z90	Z100
1.600 EUR	1.800 EUR	2.000 EUR

3.3.4 Schmerzstillende Behandlungen

Wir erstatten Aufwendungen für besondere schmerzstillende Behandlungen, die in direktem Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung, Zahnersatzmaßnahme oder kieferorthopädischen Behandlung stehen, zu 100 %. Die Erstattung ist dabei pro Versicherungsjahr abhängig von der gewählten Tarifstufe insgesamt auf folgende Beträge begrenzt:

Z80	Z90	Z100
100 EUR	150 EUR	200 EUR

Als schmerzstillende Behandlungen gelten:

- Akupunktur
- Hypnose,
- Vollnarkose,
- Lachgas-Sedierung,
- Analgosedierung (Dämmerschlaf).

3.3.5 Zahnaufhellende Maßnahmen

Wir erstatten Aufwendungen für zahnaufhellende Maßnahmen (z. B. Bleaching), die in einer zahnärztlichen Praxis stattfinden bzw. zahnärztlich begleitet und überwacht werden, zu 100 %. Die Erstattung ist dabei innerhalb von 2 Versicherungsjahren abhängig von der gewählten Tarifstufe auf folgende Beträge begrenzt:

Z80	Z90	Z100
100 EUR	150 EUR	200 EUR

4. Welche Leistungsbegrenzungen gelten in den ersten Versicherungsjahren?

Wir begrenzen die Leistungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz laut Abschnitt 3.3.1 innerhalb der ersten 4 Versicherungsjahre pro versicherter Person abhängig von der gewählten Tarifstufe auf die folgenden Höchstbeträge:

Tarifstufe Z80:

- 800 EUR im ersten Versicherungsjahr
- 1.600 EUR in den ersten 2 Versicherungsjahren
- 2.400 EUR in den ersten 3 Versicherungsjahren
- 3.200 EUR in den ersten 4 Versicherungsjahren

Tarifstufe Z90:

- 900 EUR im ersten Versicherungsjahr
- 1.800 EUR in den ersten 2 Versicherungsjahren
- 2.700 EUR in den ersten 3 Versicherungsjahren
- 3.600 EUR in den ersten 4 Versicherungsjahren

Tarifstufe Z100:

- 1.000 EUR im ersten Versicherungsjahr
- 2.000 EUR in den ersten 2 Versicherungsjahren
- 3.000 EUR in den ersten 3 Versicherungsjahren
- 4.000 EUR in den ersten 4 Versicherungsjahren

Das erste Versicherungsjahr ist ein Rumpfsjahr. Es rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalen-

derjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen den Kalenderjahren.

Die Begrenzungen entfallen für Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

5. Wann leisten wir nicht oder nur eingeschränkt?

Wir leisten nicht für:

- Alle bei Vertragsabschluss bereits begonnenen oder angeratenen Behandlungen.
- Für die erstmalige Versorgung von bereits vor Vertragsabschluss fehlenden oder nicht dauerhaft ersetzten Zähnen. Dabei zählen Milch- und Weisheitszähne nicht als fehlende Zähne.
- Für den Austausch intakter plastischer Füllungen (z. B. Amalgam oder Kunststofffüllungen).
- Krankheiten und Unfälle, die von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt worden sind, einschließlich deren Folgen.
- Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten erstatten wir tarifgemäß.
- Behandlungen durch Zahnärzte, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben, wenn der Versicherungsfall eintritt, nachdem wir Sie über den Leistungsausschluss benachrichtigt haben. Wenn im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, leisten wir nur für Aufwendungen, die innerhalb von 3 Monaten nach der Benachrichtigung entstehen.

Wir können zusätzlich unsere Leistungspflicht in folgenden Fällen einschränken bzw. ausschließen:

- Wir können unsere Zahlung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen, falls mehr oder umfangreichere Leistungen als medizinisch notwendig erbracht werden. Dasselbe gilt, wenn die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.
- Bei einem Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung gilt: Wir ersetzen nur die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen.
- Die Gesamtleistung ist - auch bei Anspruch auf Leistungen gegenüber mehreren Kostenträgern - insgesamt auf die Summe Ihrer Aufwendungen begrenzt.

6. Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

- Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn Sie uns die Originalrechnungen und die erforderlichen Nachweise zusenden. Die Rechnungen müssen den Vorgaben der GOZ entsprechen und insbesondere folgende Angaben enthalten: Namen der behandelten Person, Angabe der behandelten Zähne, Art der Leistungen sowie das jeweilige Behandlungsdatum. Wenn eine Vorleistung erfolgt ist, müssen die Belege zudem den Erstattungsvermerk der GKV oder eines anderen Kostenträgers enthalten.
- Wir zahlen Leistungen an Sie aus. Möchten Sie, dass wir Leistungen an eine versicherte Person auszahlen, müssen Sie uns das in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) mitteilen.

7. Was ist bei Vertragsänderungen und Tarifwechseln zu beachten?

- Erhöht sich durch eine Tarifumstellung Ihr Versicherungsschutz, haben Sie nur für nach der Vertragsänderung eingetretene Versicherungsfälle Anspruch auf die hinzukommenden Versicherungsleistungen bzw. den erhöhten Leistungsumfang.
- Wechseln Sie aus einer anderen, bereits bei uns bestehenden Zusatzversicherung mit Anspruch auf Leistungen für Zahnersatz in eine der Tarifstufen Z80, Z90, Z100, leisten wir nicht für zum Zeitpunkt der Umstellung bereits fehlende oder nicht dauerhaft ersetzte Zähne. Dies gilt auch, wenn Sie in dem Vorgängertarif Anspruch auf Leistungen für fehlende Zähne hatten und hierfür einen Beitragszuschlag zahlten. Der Beitragszuschlag entfällt im Gegenzug in den Tarifstufen Z80, Z90, Z100.
- Bei einem Wechsel innerhalb der Tarifstufen Z80, Z90, Z100 gilt ein erhöhter Leistungsumfang ebenfalls nicht für zum Zeitpunkt der Umstellung bereits fehlende oder nicht dauerhaft ersetzte Zähne.

8. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

- Ihr Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung).
- Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Eine Besonderheit gilt für Versicherungsfälle, die nach Abschluss des Versicherungsvertrags, aber vor Versicherungsbeginn eingetreten sind. Hier leisten wir nur nicht für die Aufwendungen, die in der Zeit vor Versicherungsbeginn angefallen sind.

9. Sind Wartezeiten zu beachten?

Wir verzichten auf Wartezeiten. Sie haben also Versicherungsschutz ab dem Versicherungsbeginn (siehe Ziffer 8).

10. Was gilt für die Versicherungsbeiträge?



Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Die Monatsbeiträge sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wir bestimmen den Beitrag jeweils getrennt für die Altersintervalle von 0 bis 20 Jahre, 21 bis 30 Jahre, 31 bis 40 Jahre, 41 bis 45 Jahre, 46 bis 50 Jahre, 51 bis 55 Jahre, 56 bis 60 Jahre, 61 bis 70 Jahre sowie ab 71 Jahren.

Zu Beginn der Versicherung müssen Sie zunächst den Beitrag zahlen, der dem Eintrittsalter der versicherten Person entspricht. Als Eintrittsalter gilt die Anzahl der bei Versicherungsbeginn (siehe Ziffer 8) vollendeten Lebensjahre. Ein Lebensjahr gilt zum Ende des Geburtsmonats als vollendet.

Sobald die versicherte Person das 21., 31., 41., 46., 51., 56., 61. bzw. 71. Lebensjahr vollendet, gilt daher der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe. Diesen Beitrag müssen Sie ab Beginn des hierauf folgenden Monats zahlen.

11. Was ist bei der Beitragszahlung zu beachten?

- Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig.
- Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines, jedoch nicht vor dem Tag des im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns zahlen. Solange Sie ihn schuldhaft nicht zahlen, besteht kein Versicherungsschutz. Zudem können wir vom Vertrag zurücktreten (siehe § 37 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)).
- Die nicht rechtzeitige Zahlung der Folgebeiträge kann zum Verlust des Versicherungsschutzes und zur Kündigung des Vertrags führen (siehe § 38 VVG).

Der Beitrag gilt auf jeden Fall als rechtzeitig gezahlt, wenn er bei Fälligkeit auf unserem Konto eingegangen ist.

Wenn Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben, zahlen Sie rechtzeitig, wenn wir den Beitrag zum Fälligkeitstag abbuchen können und Sie der Abbuchung nicht widersprechen. Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht abbuchen, erhalten Sie von uns in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) eine Zahlungsaufforderung. Wenn Sie dann den Beitrag unverzüglich zahlen, ist die Beitragszahlung noch rechtzeitig.

12. Wann können wir die Beiträge für diese Versicherung ändern?

12.1 Welche Voraussetzungen gelten für eine Beitragsänderung?

Die Ausgaben für Heilbehandlungsmaßnahmen können sich, z. B. wegen steigender Kosten im Gesundheitswesen oder einer häufigeren Inanspruchnahme von Heilbehandlungsmaßnahmen, ändern. Dementsprechend vergleichen wir für jede Tarifstufe jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt dieser Vergleich für eine Versichertengemeinschaft eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge für diese Versichertengemeinschaft von uns überprüft und, wenn notwendig, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst.

12.2 Können wir von einer Beitragsänderung absehen?

Von einer Beitragsanpassung können wir absehen, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und den unabhängigen Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

12.3 Wann wird eine Beitragsänderung wirksam?

Die Änderung der Beiträge werden wir Ihnen unter Angabe der maßgeblichen Gründe in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) mitteilen. Die Änderungen werden zu Beginn des 2. Monats wirksam, der auf unsere Mitteilung folgt. Im Fall einer Beitragserhöhung, haben Sie das Recht, den Vertrag für die betroffenen Personen zu kündigen (siehe auch Ziffer 17).

13. Wann können wir die AVB ändern?

Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen können sich dauerhaft - z. B. durch Gesetze - ändern.

Die Änderungen können ein solches Ausmaß annehmen, dass es zur Wahrung der Interessen der Versicherungsnehmer erforderlich ist, die AVB entsprechend anzupassen. Diese Anpassungen werden aber nur dann wirksam, wenn zuvor ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen überprüft und die Angemessenheit bestätigt hat (siehe § 203 Abs. 3 VVG).

Wir teilen Ihnen die Anpassungen und die Gründe hierfür mit. Die Anpassungen werden zu Beginn des 2. Monats, der auf die Mitteilung folgt, wirksam (siehe § 203 Abs. 5 VVG).

Durch höchstrichterliche Entscheidungen oder bestandskräftige Verwaltungsakte, insbesondere der Aufsichts- und Kartellbehörden, können AVB-Regelungen wider Erwarten für unwirksam erklärt werden. In diesen

Fällen können wir die Regelung durch eine neue ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Versicherungsvertrags notwendig ist. Das ist auch möglich, wenn eine Fortsetzung des Vertrags ohne die neue Regelung für eine der Vertragsparteien nicht zumutbar wäre. Die neue Regelung muss unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigen. Sie wird 2 Wochen, nachdem wir Sie über die Änderung und die hierfür maßgeblichen Gründe informiert haben, wirksam.

14. Welche Obliegenheiten (Pflichten) haben Sie und die versicherten Personen?

- Zur Prüfung der Leistungspflicht und des Leistungsumfanges benötigen wir von Ihnen bzw. der versicherten Person ggf. Auskünfte. Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die erforderlichen Auskünfte und Belege zu geben.
- Die versicherte Person muss sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen, wenn wir sie hierzu auffordern.
- Die versicherte Person hat möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen. Sie muss alles unterlassen, was der Genesung entgegensteht.
- Für eine versicherte Person darf keine weitere private Zusatzversicherung für die in Ziffer 3.3 genannten Leistungen bestehen.

15. Was geschieht, wenn diese Obliegenheiten (Pflichten) verletzt werden?

Sie erhalten keine Leistungen, wenn eine der genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt wird. Wenn eine Obliegenheit grob fahrlässig (z. B. in besonders hohem Maße) verletzt wird, können wir unsere Leistungen kürzen. Die Kürzung erfolgt entsprechend der Schwere des Verschuldens. Bei der Verletzung von Auskunfts- und Untersuchungspflichten können wir nur kürzen, wenn wir Sie hierauf in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) gesondert hingewiesen haben. Sie erhalten jedoch dann Leistungen, wenn die Verletzung der Obliegenheit keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht hat. Dies gilt nicht, wenn Sie uns arglistig (z. B. durch eine falsche Auskunft) täuschen.

Wird die unter Ziffer 14 genannte Obliegenheit, dass keine weitere private Zahnzusatzversicherung bestehen darf, vorsätzlich verletzt, können wir den Versicherungsvertrag auch ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht besteht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung.

Wir rechnen Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zu.

16. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag?

Der Versicherungsvertrag hat keine feste Vertragslaufzeit. Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

17. Wie können Sie den Vertrag kündigen?

Sie können die Zahnzusatzversicherung erstmals zum Ende des Kalenderjahres kündigen, in dem der Versicherungsschutz begonnen hat. Danach können Sie die Zahnzusatzversicherung zum Ende des nächsten Monats kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) erfolgen.

Sie können die Zahnzusatzversicherung auch nur für einzelne versicherte Personen kündigen. Ihre Kündigung für einzelne versicherte Personen ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben. Die anderen versicherten Personen können dann ihre Versicherung fortführen. Die Erklärung zur Fortführung muss innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung erfolgen.

Kündigung aufgrund einer Beitragserhöhung

Bei einer Beitragserhöhung können Sie die Versicherung für die hiervon betroffenen Personen kündigen. Das gleiche Recht haben Sie, wenn sich die Leistungen vermindern. Ihre Kündigung muss in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigung wird dann zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung oder Leistungsverminderung wirksam. Ihre Kündigung für einzelne versicherte Personen ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben.

Folgende Fristen sind zu beachten: Erhöhen sich die Beiträge aufgrund eines Wechsels der Altersgruppe (siehe Ziffer 10) müssen Sie innerhalb von 2 Monaten nach der Änderung kündigen. Erhöhen sich die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung (siehe Ziffer 12), müssen Sie innerhalb von 2 Monaten nach unserer Mitteilung über die Erhöhung kündigen. Dies gilt auch, wenn sich die Leistungen wegen einer Änderung der AVB vermindern sollten (siehe Ziffer 13).

18. Wann können wir den Vertrag kündigen?

Wir können den Versicherungsvertrag ganz oder teilweise nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen aus einem wichtigen Grund kündigen. Diese Möglichkeit haben wir z. B. dann, wenn Sie die Beiträge nicht rechtzeitig zahlen (siehe Ziffer 11). Auf weitere Kündigungsmöglichkeiten - unser ordentliches Kündigungsrecht - verzichten wir.



19. Aus welchen anderen Gründen kann der Vertrag enden?

Stirbt eine versicherte Person oder endet für die versicherte Person die Versicherung in der deutschen GKV, endet für diese Person auch die Zahnzusatzversicherung. Dies gilt auch, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) verlegt.

Der Versicherungsvertrag endet mit Ihrem Tod. Die versicherten Personen können dann ihre Versicherung fortführen. Die Erklärung zur Fortführung muss innerhalb von 2 Monaten nach der Beendigung erfolgen.

20. Was gilt für Mitteilungen an uns?

Willenserklärungen und Mitteilungen müssen Sie uns in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) zusenden. Nur dann werden sie wirksam.

21. Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

Meinungsverschiedenheiten können ggf. auch eine gerichtliche Klärung erfordern. Klagen gegen uns können Sie bei dem Gericht an Ihrem Wohnsitz oder an Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder bei dem Gericht an unserem Sitz in Nürnberg einreichen.

Für unsere Klagen gegen Sie ist das Gericht an Ihrem ständigen Wohnsitz zuständig. Haben Sie keinen ständigen Wohnsitz können wir unsere Klagen an Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort einreichen.

Verlegen Sie nach Vertragsabschluss Ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort ins Ausland, ist das Gericht an unserem Sitz in Nürnberg zuständig. Dies gilt auch, wenn uns Ihr Wohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.