Zahnfee für alle!

Die Highlights der Zusatzversicherung ZAHN

Warum eine Krankenzusatzversicherung?
Ganz einfach: weil Zahngesundheit teuer werden kann.

- Beim Thema Zahngesundheit übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) lediglich die Basisversorgung.
- Für viele Leistungen gibt es nur einen Festzuschuss, der für jeden medizinischen Befund fest definiert ist (siehe Leistungskatalog der GKV).
- Die restlichen Kosten müssen die Versicherten selbst übernehmen. Der Eigenanteil steigt, je höher die Behandlungskosten sind.
- Für viele aufwendigere Maßnahmen und höherwertige Materialien müssen die Kosten sogar komplett selbst getragen werden.

	Rechnung	Gesetzliche Krankenkasse zahlt	Eigenanteil ohne Krankenzusatzversicherung
FÜLLUNG	100 EUR	50 EUR	50 EUR
KRONE	900 EUR	250 EUR	650 EUR
BRÜCKE	2.200 EUR	400 EUR	1.800 EUR
IMPLANTAT INKL. KNOCHENAUFBAU	4.500 EUR	250 EUR	4.250 EUR

Alle Beispiele sind ungefähre Angaben und können je nach Zahnarzt und Region stark abweichen.

...und Sie wissen selbst: Oft muss mehr als ein Zahn behandelt werden – mit fatalen Folgen:

- Wichtige Behandlungen werden aus finanziellen Gründen verschoben oder gar nicht durchgeführt.
- Andere eigentlich notwendige Ausgaben, wie wichtige Sparpläne oder Versicherungen, werden auf Eis gelegt.

Lösung mit vielen Vorteilen: Die Zusatzversicherung ZAHN der Bayerischen

- **Leistungsstark:** bis zu 100 % Kostenübernahme (zusammen mit einer eventuellen Vorleistung der GKV/freien Heilfürsorge).
- **Individuell:** vier bewährte Leistungsvarianten: Smart, Komfort, Prestige und Prestige Plus.
- **Vorbeugend:** professionelle Zahnreinigung ist in allen Tarifen jährlich inklusive - ohne Wartezeit.
- **Außergewöhnlich:** auf Wunsch inklusive Kieferorthopädie, auch für Erwachsene und mit besonderen Maßnahmen zur Schmerzausschaltung.
- **Einfach und klar:** nur vier Gesundheitsfragen und zwei Leistungsstaffeln je Tarif.
- **On- und offline abschließbar:** klassisch mit Beratung über VOIS oder PDF, auch Direktverkauf an Endkunden über Ihre Website.
- **Günstig:** Tarife nach Art der Schadenversicherung, Beitragssprünge frühestens alle fünf Jahre.

VERSICHERT NACH DEM REINHEITSGEBOT – die Bayerische

Das zahlt sich schnell aus:

	Rechnung	Gesetzliche Krankenkasse zahlt	Eigenanteil ohne Krankenzusatz-versicherung	Eigenanteil mit ZAHN Smart	Eigenanteil mit ZAHN Komfort (90 % Übernahme)	Eigenanteil mit ZAHN Prestige	Eigenanteil mit ZAHN Prestige Plus
FÜLLUNG	100 EUR	50 EUR	50 EUR	20 EUR	0 EUR[1]	0 EUR	0 EUR
KRONE	900 EUR	250 EUR	650 EUR	180 EUR	90 EUR	0 EUR	0 EUR
BRÜCKE	2.200 EUR	400 EUR	1.800 EUR	440 EUR	220 EUR	0 EUR	0 EUR
IMPLANTAT INKLUSIVE KNOCHENAUFBAU	4.500 EUR	250 EUR	4.250 EUR	900 EUR	450 EUR	0 EUR	0 EUR
JAHRESBEITRAG FÜR 33-JÄHRIGEN				180 EUR	294 EUR	494,40 EUR	518,40 EUR

Sie sehen: Die Zusatzversicherung **ZAHN** rechnet sich oft schon bei einer Behandlung.
Erst recht, wenn man die jährlichen Leistungen zur professionellen Zahnreinigung mit einkalkuliert.

[1] ZAHN Komfort leistet 100 % für Zahnbehandlung.

Die Zahnzusatzversicherung ZAHN – vier starke Varianten im Detail.

	ZAHN Smart	ZAHN Komfort	ZAHN Prestige	ZAHN Prestige Plus
	Besonders Beitragsstabil **DER SUPER-GÜNSTIG-TARIF** Ideal für Einsteiger. Für alle, die Prioritäten setzen	**DER PREIS-LEISTUNGS-TARIF** Mit Bonusheft-Vorteil Für alle, die regelmäßig zur Vorsorge gehen	**DER RUNDUM-SORGLOS-TARIF** Für alle, die etwas mehr für Ihre Zähne wollen	**DER RUNDUM-SORGLOS-TARIF XXL** Für alle, die sich gute Zähne etwas kosten lassen
Zahnbehandlung	80%	100%	100%	100%
Zahnersatz	80% 100% bei Regelversorgung	80 - 90% (Bonusheft-Vorteil) 100% bei Regelversorgung	100%	100%
Professionelle Zahnreinigung	100% maximal 2 x 80 EUR pro Kalenderjahr	100% maximal 200 EUR pro Kalenderjahr		100% maximal 250 EUR pro Kalenderjahr inkl. zahnaufhellender Maßnahmen (z. B. Bleaching)
Kieferorthopädie	–	80 - 100% bis maximal 2.000 EUR (je nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse) **Ohne Altersbegrenzung, auch für Erwachsene**		
Maßnahmen zur Schmerzausschaltung	–	200 EUR pro Kalenderjahr, z. B. für Akupunktur/Narkose/Hypnose		100% ohne Summenbegrenzung pro Kalenderjahr, z. B. für Akupunktur/Narkose/Hypnose
Wartezeiten	Zahnreinigung: 0 Monate Zahnbehandlung und Zahnersatz: 6 Monate		keine Wartezeiten	
Weitere Leistungen	–	–	–	■ 100% maximal 60 EUR für eine elektrische Zahnbürste bei Bezug über die Bayerische im 1. Versicherungsjahr, ■ beitragsfreie Mitversicherung von Kindern bei Unfall

Und so günstig ist der Schutz – Ihr Monatsbeitrag:

Alter in Jahren	ZAHN Smart	ZAHN Komfort	ZAHN Prestige	ZAHN Prestige Plus	ZAHN Sofort
0 - 15	5,70 EUR	19,00 EUR	21,10 EUR	22,00 EUR	29,90 EUR
16 - 20	7,50 EUR	16,30 EUR	18,60 EUR	19,40 EUR	
21 - 25	15,00 EUR	24,50 EUR	31,60 EUR	32,20 EUR	
26 - 30					
31 - 35			41,20 EUR	43,20 EUR	
36 - 40	19,40 EUR	32,20 EUR			
41 - 45	21,90 EUR	36,40 EUR	52,30 EUR	54,60 EUR	
46 - 50	24,50 EUR	40,70 EUR	59,10 EUR	62,30 EUR	
51 - 55	27,90 EUR	46,80 EUR	68,80 EUR	72,90 EUR	
56 - 60	30,50 EUR	51,10 EUR	75,70 EUR	81,30 EUR	
61 - 65	33,30 EUR	56,00 EUR	83,60 EUR	90,80 EUR	
66 - 70	34,00 EUR	57,20 EUR	85,30 EUR	92,90 EUR	
71 - 75	33,00 EUR	55,40 EUR	82,80 EUR	90,80 EUR	
76 - 80	31,70 EUR	53,40 EUR	80,00 EUR	88,20 EUR	
81 - 85	24,70 EUR	41,40 EUR	62,10 EUR	68,90 EUR	
ab 86	17,60 EUR	29,70 EUR	44,30 EUR	50,20 EUR	

Ihre passende **Ergänzung**

ZAHN Sofort

- Der Baustein kann zu allen Tariflinien hinzugewählt werden
- Wir leisten für bereits angeratene und bereits begonnene Behandlungen
- 29,90 € pro Monat
- Die Laufzeit endet automatisch nach 2 Jahren (es bedarf keiner Kündigung)
- Leistungsstaffel 1.500 € max. 750 € je Kalenderjahr

(Stand: Januar 2023)

Versichern kann sich jeder[2], ...

... der höchstens drei fehlende Zähne hat.
... der keine herausnehmbare Voll- oder Teil-Prothese hat.
... der in den letzten drei Jahren keine der folgenden Erkrankungen hatte:
- Parodontose, Parodontitis
- Zahnschmelzdefekt[3]

[2] Voraussetzung ist die Mitgliedschaft in einer GKV oder freien Heilfürsorge.
[3] Nicht anzugeben sind Karies oder eine Aufbissschiene wegen Zähneknirschen

Fairer Hinweis:

Kein Versicherungsprodukt kann alles leisten.
In den führenden Tarifen ZAHN Smart, Komfort, Prestige, Prestige Plus besteht kein Versicherungsschutz für bei Vertragsabschluss bereits begonnene oder angeratene Behandlungen. Diesen Schutz können Sie über den Baustein **ZAHN Sofort** dazubuchen.

Nur zwei einfache Leistungsstaffeln für alle vier Varianten[4]

Smart/Komfort/Prestige
0 - 1 fehlende Zähne:

1.250 EUR im ersten Kalenderjahr
2.500 EUR in den ersten zwei Kalenderjahren
3.750 EUR in den ersten drei Kalenderjahren
5.000 EUR in den ersten vier Kalenderjahren

Prestige Plus
0 - 1 fehlende Zähne:

1.500 EUR im ersten Kalenderjahr
3.000 EUR in den ersten zwei Kalenderjahren
4.500 EUR in den ersten drei Kalenderjahren
6.000 EUR in den ersten vier Kalenderjahren

Smart/Komfort/Prestige/Prestige Plus
2 - 3 fehlende Zähne:

300 EUR im ersten Kalenderjahr
600 EUR in den ersten zwei Kalenderjahren
900 EUR in den ersten drei Kalenderjahren
1.200 EUR in den ersten vier Kalenderjahren

[4] Ab dem fünften Kalenderjahr und bei Unfällen entfallen die Begrenzungen. Besteht oder bestand für die versicherte Person bis zum Versicherungsbeginn in der Tarifvariante ZAHN Prestige Plus ein identischer Versicherungsschutz oder seit mindestens 3 Jahren eine Zahnzusatzversicherung mit geringerem Leistungsumfang bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen (s. Frage 4 der Gesundheits- und Risikoprüfung), verzichten wir auf die Leistungsbegrenzung nach Vollendung des dritten (im vierten) Kalenderjahr.

B 261030 (01.2023)

BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG
Thomas-Dehler-Str. 25 | 81737 München
diebayerische.de

die Bayerische
Versichert nach dem Reinheitsgebot

Krankenzusatzversicherung

die Bayerische

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG Deutschland

Produkt: ZAHN Prestige Plus 2020

Dieses Blatt dient nur Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Zusatzversicherung zur bestehenden Krankenversicherung (GKV/freie Heilfürsorge) nach Art einer Schadenversicherung. Sie sichert ab gegen Risiken durch medizinisch notwendige Zahnbehandlungen oder Zahnersatz.

Was ist versichert?

- ✓ Im Versicherungsfall erstatten wir die Aufwendungen für medizinisch notwendige Zahnbehandlungen oder Zahnersatz.
- ✓ Es gibt Kostenerstattungen z. B. für:
  - ✓ privatärztliche Zahnbehandlung zu 100 %,
  - ✓ zahnmedizinische Individualprophylaxe (professionelle Zahnreinigung, zahnaufhellende Maßnahmen) zu 100 % bis maximal 250 EUR innerhalb eines Kalenderjahres,
  - ✓ Zahnersatz einschließlich Material- und Laborkosten zu 100 %,
  - ✓ kieferorthopädische Leistungen zu 100 % bis maximal 1.500 EUR, sofern es eine Vorleistung der GKV gibt; ohne Vorleistung der GKV erhalten Sie 80 % maximal 2.000 EUR.
  - ✓ Maßnahmen zur Schmerzausschaltung zu 100% pro Kalenderjahr ohne Summenbegrenzung.
  - ✓ 100% der Aufwendungen bis maximal 60 EUR für den Bezug einer elektrischen Zahnbürste nach den Vorgaben der Bayerischen Beamten Versicherung AG.
  - ✓ Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern bei Unfall.

Was ist nicht versichert?

- ✗ Heilbehandlungsmaßnahmen, die bereits vor Vertragsschluss bekannt, medizinisch angeraten oder bereits begonnen waren,
- ✗ Teile einer Rechnung, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) nicht entsprechen oder die dort festgesetzten Höchstsätze überschreiten,
- ✗ kosmetische Maßnahmen,
- ✗ reine Verlangens- bzw. Wunschleistungen,
- ✗ Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder.

Gibt es Deckungseinschränkungen?

- ! Es gibt eine Reihe von Fällen, in denen der Versicherungsschutz eingeschränkt sein kann. In jedem Fall vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:
  - ! für bei Vertragsabschluss bereits begonnene oder angeratene Behandlungen,
  - ! Leistungen, die in den ersten Kalenderjahren ab Vertragsbeginn über die Leistungsgrenzen hinausgehen.
  - ! Bei Behandlungen, bei welchen zustehende Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen werden (z.B. bei einem Behandler ohne Kassenzulassung), wird ein pauschaler Betrag i.H.v. 30% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als Vorleistung angerechnet.
  - ! Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.

Krankenzusatzversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG Deutschland

Produkt: ZAHN Prestige Plus 2020

Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Sie müssen alle Fragen im Antragsformular, insbesondere die Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand, wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auch in Ihrem eigenen Interesse sind Sie verpflichtet, nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die Ihrer Genesung hinderlich sind.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.

Wann und wie zahle ich?

Der erste Beitrag ist 14 Tage nach Zugang des Versicherungsscheins fällig. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, ist im Versicherungsschein genannt. Je nach Vereinbarung kann das monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein. Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen.

Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Hat der Vertrag eine Laufzeit von mindestens einem Jahr, verlängert er sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr (Verlängerungsjahr), wenn Sie nicht rechtzeitig gekündigt haben.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer und danach zum Ablauf jedes Verlängerungsjahres kündigen. Die Kündigung muss spätestens einen Monat vor dem Ende der Vertragslaufzeit bei uns eingegangen sein.

B 200088 (02.20)

die Bayerische
Versichert nach dem Reinheitsgebot

Tarifbedingungen der Bayerischen Beamten Versicherung AG für die Zusatzversicherung ZAHN Prestige Plus

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Bayerischen Beamten Versicherung AG (AVB) für die Krankheitskostenversicherung, Krankenhaustagegeldversicherung und Kurtagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung

(Stand 01.03.2020)

1. Versicherungsvoraussetzung

Sie können sich in der Zusatzversicherung ZAHN Prestige Plus versichern, wenn Sie in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder freie Heilfürsorge beziehen. Außerdem muss Ihr ständiger Wohnsitz in Deutschland liegen. Endet die Versicherung in der GKV oder in der freien Heilfürsorge, endet zu diesem Zeitpunkt auch Ihre Zusatzversicherung ZAHN Prestige Plus.

Versichert werden nur Personen, die bei Vertragsabschluss nicht mehr als drei fehlende Zähne haben und keine Teil- oder Vollprothese tragen. Außerdem darf während der letzten drei Jahre keine der folgenden Erkrankungen bestanden haben oder bestehen: Parodontose, Parodontitis, Zahnschmelzdefekt.

2. Leistungsumfang

Versicherungsleistungen erhalten Sie, wenn bei Ihnen eine medizinisch notwendige Heilbehandlung ansteht, entweder wegen einer Krankheit oder in Folge eines Unfalls. Dies gilt für folgende Bereiche:

2.1 Zahnbehandlungen

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlungen zusammen mit einer eventuellen Leistung der-GKV oder eines sonstigen Kostenträgers zu 100 %.

Als Aufwendungen für Zahnbehandlung gelten (jeweils inklusive der Material- und Laborkosten):

- konservierende Leistungen (z. B. Wurzelkanalbehandlungen),
- dentinadhäsive Konstruktionen (Kompositfüllungen),
- chirurgische Maßnahmen (z. B. Wurzelspitzenresektion),
- parodontologische Leistungen (z. B. Taschentiefe < 3,5 mm mit Knochenabbau, Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime),
- Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (nicht jedoch im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung).

2.2 Zahnmedizinische Individualprophylaxe und zahnaufhellende Maßnahmen

Wir erstatten Ihnen 100% der Aufwendungen bis maximal 250 Euro innerhalb eines Kalenderjahres. Dazu zählen:

- professionelle Zahnreinigung,
- Versiegelung (u. a. Fissurenversiegelungen),
- Fluoridierung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung (Bakterien-/DNATest),
- Kariesrisikodiagnostik,
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Kontrollen des Übungserfolges,
- zahnaufhellende Maßnahmen (z.B. Bleaching) in einer zahnärztlichen Praxis bzw. zahnärztlich begleitet und überwacht (auch wenn keine medizinische Notwendigkeit vorliegt).

Im Rahmen der zahnmedizinischen Individualprophylaxe erstatten wir Ihnen im ersten Versicherungsjahr einmalig 100% der Aufwendungen bis maximal 60 Euro für den Bezug einer elektrischen Zahnbürste nach den Vorgaben der BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG. Diese Leistung wird zusätzlich zum maximalen Erstattungsbetrag von 250 Euro erbracht.

2.3 Zahnersatzmaßnahmen

Wir ersetzen die Aufwendungen zusammen mit einer eventuellen Vorleistung der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers zu 100 %. Als Aufwendungen für Zahnersatz gelten (jeweils inklusive Material- und Laborkosten):

- Einlagefüllungen (Inlays), Veneers, Verblendungen,
- Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen und Onlays,
- prothetische Leistungen (Brücken, Stiftzähne, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur),
- implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen, Knochenaufbau,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

Die Aufwendungen für Verblendungen sind je Quadrant bis einschließlich Zahn acht (letzter Zahn) erstattungsfähig und gelten als Teil des Zahnersatzes.

Eine Begrenzung der Anzahl von Implantaten sieht der Tarif nicht vor. Im Rahmen des Tarifs wird die Anzahl der Implantate erstattet, welche medizinisch notwendig ist.

2.4 Ergänzende Zahnbehandlungen und Zahnersatzleistungen

Funktionsanalytische Leistungen
Bei medizinischer Notwendigkeit werden die Aufwendungen im Rahmen der tariflichen Leistungen für Zahnersatz erstattet, unabhängig davon, ob die Leistungen im Zusammenhang mit Zahnersatz- oder Zahnbehandlungsmaßnahmen stehen (GOZ-Ziffern 8000 – 8100).

Laserbehandlung bei Wurzelkanalbehandlungen
Erstattung erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit nach GOZ-Ziffer 0120 in Verbindung mit Ziffer 2410.

Laserbehandlung bei Parodontose-Behandlungen
Erstattung erfolgt im Rahmen der Hauptleistung bei medizinischer Notwendigkeit – im Rahmen der GOZ-Ziffern 4080, 4090, 4100, 4130 bzw. 4133 bzw. Zuschlag 0120.

Laserbehandlung bei Kariesbehandlungen
Erstattung erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit nach GOZ-Ziffern 2050, 2060, 2070, 2080, 2090, 2100, 2110, 2120, 2150, 2160 und 2170. Laserbehandlungen im Zusammenhang mit den vorgenannten Ziffern werden im Rahmen von § 6 Abs. 1 GOZ erstattet.

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen zum Erstattungssatz der Hauptleistung bei medizinischer Notwendigkeit für:

- OP-Mikroskop
- CEREC-Behandlung
- Digitale Volumentomografie
- PACT-Photoaktivierte Chemotherapie
- VECTOR-Technologie
- DROS-Schiene

2.5 Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Wir ersetzen Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung zu 100%. Dies gilt auch für Maßnahmen außerhalb der Leistungspflicht der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers.

Voraussetzung ist, dass die Leistung im direkten Zusammenhang steht

- mit einer umfangreichen Zahnbehandlung (s. Ziffer 2.1 z.B. Wurzelspitzenresektion, Entfernung von Weisheitszähnen),
- oder Zahnersatzmaßnahmen (s. Ziffer 2.3).

Als besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung gelten:

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

2.6 Kieferorthopädische Behandlungen

Wir ersetzen Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen einschließlich Röntgendiagnostik sowie Material- und Laborkosten. Voraussetzung ist, dass eine Zahnfehlstellung vorliegt, die aus medizinischen Gründen korrigiert werden muss. Die Behandlung darf erst nach Abschluss der Zusatzversicherung ZAHN Prestige Plus beginnen bzw. erstmals angeraten sein.

Ersetzt werden 80% der Aufwendungen, wenn keine Leistungspflicht der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers besteht. Der Erstattungsbetrag ist dann über die gesamte Vertragslaufzeit auf maximal 2.000 Euro begrenzt.

Besteht eine Leistungspflicht der GKV/freien Heilfürsorge gemäß § 29 SGB V, erstatten wir zusammen mit der Vorleistung der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers bis zu 100% der Aufwendungen. Der Erstattungsbetrag ist dabei über die gesamte Vertragslaufzeit auf maximal 1.500 Euro begrenzt.

Besteht eine Leistungspflicht der GKV/freien Heilfürsorge, werden Behandlungen, die nicht unter diesen Leistungsanspruch fallen, auf Grund sogenannter Mehrkostenvereinbarungen tarifgemäß erstattet.

Unter die Mehrkostenvereinbarung fallen kieferorthopädische Zusatzleistungen, insbesondere Mini-Metall-, Keramik- und Kunststoffbrackets, unsichtbare Zahnspange (Invisalign), Lingualtechnik, festsitzender Retainer, konfektionierte herausnehmbare Geräte, festsitzender Lückenhalter, farbige/farblose Bögen/Teilbögen, thermisch programmierbare oder plastische Bögen/Teilbögen, Pendulum, Distal-Jet sowie funktionsanalytische/funktionstherapeutische Maßnahmen.

2.7 Leistungsbegrenzungen

Für alle bei Vertragsabschluss bereits begonnenen oder angeratenen Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz.
Falls Sie bei Vertragsabschluss **keinen** oder **einen** fehlenden Zahn haben, begrenzen wir die Erstattung nach den Ziffern 2.1 und 2.3 bis 2.6 ab Versicherungsbeginn auf maximal

- 1.500 Euro im ersten Kalenderjahr,
- 3.000 Euro in den ersten zwei Kalenderjahren,
- 4.500 Euro in den ersten drei Kalenderjahren und
- 6.000 Euro in den ersten vier Kalenderjahren.

Falls Sie bei Vertragsabschluss **zwei** oder **drei** fehlende Zähne haben, begrenzen wir die Erstattung nach den Ziffern Ziffern 2.1 und 2.3 bis 2.6 ab Versicherungsbeginn auf max.

- 300 Euro im ersten Kalenderjahr,
- 600 Euro in den ersten zwei Kalenderjahren,
- 900 Euro in den ersten drei Kalenderjahren und
- 1.200 Euro in den ersten vier Kalenderjahren.

Diese Höchstsätze entfallen, wenn die Leistungen nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Ein Unfall liegt vor, wenn Sie durch ein plötzlich von außen auf Ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleiden.

Die vorgesehenen Höchstbeträge nach Kalenderjahren gelten jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres. Beginnt Ihre Versicherung nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr.

Besteht für die versicherte Person bis zum Versicherungsbeginn des Tarifs ZAHN Prestige Plus ein identischer Versicherungsschutz oder seit mindestens 3 Jahren eine Zahn-Zusatzversicherung mit geringerem Leistungsumfang bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen, verzichten wir auf die Leistungsbegrenzung im vierten Kalenderjahr.

Eventuelle Leistungen, die bei dem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen in der Vorversicherungszeit in Anspruch genommen wurden, bleiben unberücksichtigt.

2.8 Anrechnung von Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers

Bei Aufwendungen nach den Ziffern 2.1 bis 2.5 werden die Vorleistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers (z. B. freie Heilfürsorge oder Beihilfe) von unseren Versicherungsleistungen abgezogen. So können Sie die Leistungen maximal zu 100% erstattet bekommen.

Wenn Sie in der GKV nach § 53 SGB V oder in der freien Heilfürsorge/Beihilfe einen Selbstbehalt vereinbart haben, gilt dieser ebenfalls als Vorleistung. Er kann also nicht erstattet werden.

Wichtig: Bitte weisen Sie die GKV- oder sonstigen Vorleistungen durch einen Erstattungsvermerk auf den eingereichten Kostenbelegen nach.

Sie können sich auch für eine Behandlung entscheiden, bei der Sie die zustehenden Leistungen der GKV oder des sonstigen Kostenträgers nicht in Anspruch nehmen (z.B. bei einem Behandler ohne Kassenzulassung). In diesem Fall rechnen wir einen pauschalen Betrag in Höhe von 30% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als Vorleistung an. Das gilt auch für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV oder ein sonstiger Kostenträger keine Vorleistung erbringt.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- Heilbehandlungsmaßnahmen, die bereits vor Vertragsschluss bekannt, medizinisch angeraten oder bereits begonnen waren,
- Teile einer Rechnung, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) nicht entsprechen oder die dort festgesetzten Höchstsätze überschreiten,

- kosmetische Maßnahmen,
- reine Verlangens- bzw. Wunschleistungen,
- Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten wie z. B. Material- und Laborkosten erstatten wir tarifgemäß.

4. Gebührenordnung

Die Aufwendungen für erbrachte zahnärztliche Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn die Gebühren im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. für Ärzte (GOÄ) liegen. Dies gilt bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen (3,5-facher Gebührensatz).

5. Versicherungsschutz im Ausland

Abweichend von § 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt der Versicherungsschutz weltweit. Allerdings bleiben wir bei Behandlungen im Ausland höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die wir bei einer zahnärztlichen bzw. ärztlichen Behandlung in Deutschland zu erbringen hätten.

Die Anrechnung von Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers erfolgt gemäß Ziffer 2.8.

6. Heil- und Kostenpläne

Wir empfehlen Ihnen, uns bei Zahnersatzmaßnahmen und bei kieferorthopädischen Maßnahmen vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die zu erwartende Erstattungsleistung. Falls Sie den Plan nicht einreichen, hat dies keine Auswirkungen auf die Leistungen.

7. Wartezeiten

Abweichend von § 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen entfallen in diesem Tarif sämtliche Wartezeiten.

8. Sonstige Bestimmungen

Der Versicherungsschutz nach diesem Tarif kann nicht mehrfach vereinbart werden oder mit anderen Zahn-Zusatzversicherungen kombiniert werden.

9. Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern bei Unfall

Besteht für Kinder keine eigenständige Zahn-Zusatzversicherung sind diese beitragsfrei im vereinbarten Tarif ZAHN Prestige Plus des bei uns versicherten Elternteils mitversichert. Als Kinder im Sinne dieser Bedingungen gelten die leiblichen oder adoptierten Kinder der versicherten Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

In diesem Fall besteht Versicherungsschutz für zahnerhaltende, zahnersetzende und kieferorthopädische Maßnahmen ausschließlich bei unfallbedingter zahnärztlicher bzw. ärztlicher Behandlung. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Das Unfallereignis muss während des Versicherungsschutzes des bei uns versicherten Elternteils eingetreten sein.

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung der Versicherung des bei uns versicherten Elternteils, spätestens mit dem Tag der Vollendung des 18. Lebensjahres.

Kein Versicherungsschutz besteht für zahnmedizinische Individualprophylaxe und zahnaufhellende Maßnahmen gemäß Ziffer 2.2.

10. Anpassung von Versicherungsleistungen

Falls sich die Leistungen der GKV, eines sonstigen Kostenträgers oder die gesetzlichen Vergütungsregelungen für Zahnärzte oder Ärzte ändern, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen der Zusatzversicherung ZAHN Prestige Plus haben, sind wir berechtigt, die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen (siehe § 18 AVB). Nach § 18 AVB sind wir auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen anzupassen.

11. Beitrag

Der Beitrag ist abhängig vom Alter der versicherten Person. Das Alter wird berechnet, indem man vom Kalenderjahr das Geburtsjahr abzieht, unabhängig vom tatsächlichen Geburtstag (siehe AVB § 8a (3)). Während der ersten beiden Jahre der Vertragslaufzeit gibt es keinen Beitragsgruppenwechsel – frühestens im 3. Versicherungsjahr.

12. Laufzeit

Ihr Vertrag wird zunächst für die Dauer von zwei Jahren geschlossen. Er verlängert sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn Sie nicht spätestens einen Monat vor dem Ende der Vertragslaufzeit kündigen. Weitere Beendigungsgründe sind z. B. der Tod oder der Wegfall der Versicherungsfähigkeit, vor allem wenn die bestehende Versicherung in der GKV/freien Heilfürsorge beendet wird.

Krankenzusatzversicherung

die Bayerische

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG Deutschland

Produkt: ZAHN Prestige 2020

Dieses Blatt dient nur Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Zusatzversicherung zur bestehenden Krankenversicherung (GKV/freie Heilfürsorge) nach Art einer Schadenversicherung. Sie sichert ab gegen Risiken durch medizinisch notwendige Zahnbehandlungen oder Zahnersatz.

Was ist versichert?

- ✓ Im Versicherungsfall erstatten wir die Aufwendungen für medizinisch notwendige Zahnbehandlungen oder Zahnersatz.
- ✓ Es gibt Kostenerstattungen z. B. für:
  - ✓ privatärztliche Zahnbehandlung zu 100 %,
  - ✓ zahnmedizinische Individualprophylaxe (professionelle Zahnreinigung) zu 100 % bis maximal 200 EUR innerhalb eines Kalenderjahres,
  - ✓ Zahnersatz einschließlich Material- und Laborkosten zu 100 %,
  - ✓ kieferorthopädische Leistungen zu 100 % bis maximal 1.500 EUR, sofern es eine Vorleistung der GKV gibt; ohne Vorleistung der GKV erhalten Sie 80 % maximal 2.000 EUR.
  - ✓ Maßnahmen zur Schmerzausschaltung bis maximal 200 EUR pro Kalenderjahr.

Was ist nicht versichert?

- ✗ Heilbehandlungsmaßnahmen, die bereits vor Vertragsschluss bekannt, medizinisch angeraten oder bereits begonnen waren,
- ✗ Teile einer Rechnung, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) nicht entsprechen oder die dort festgesetzten Höchstsätze überschreiten,
- ✗ kosmetische Maßnahmen,
- ✗ reine Verlangens- bzw. Wunschleistungen,
- ✗ Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder.

Gibt es Deckungseinschränkungen?

- ! Es gibt eine Reihe von Fällen, in denen der Versicherungsschutz eingeschränkt sein kann. In jedem Fall vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:
  - ! für bei Vertragsabschluss bereits begonnene oder angeratene Behandlungen,
  - ! Leistungen, die in den ersten Kalenderjahren ab Vertragsbeginn über die Leistungsgrenzen hinausgehen.
  - ! Bei Behandlungen, bei welchen zustehende Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen werden (z.B. bei einem Behandler ohne Kassenzulassung), wird ein pauschaler Betrag i.H.v. 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als Vorleistung angerechnet.
  - ! Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.

Krankenzusatzversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG Deutschland

Produkt: ZAHN Prestige 2020

Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Sie müssen alle Fragen im Antragsformular, insbesondere die Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand, wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auch in Ihrem eigenen Interesse sind Sie verpflichtet, nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die Ihrer Genesung hinderlich sind.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.

Wann und wie zahle ich?

Der erste Beitrag ist 14 Tage nach Zugang des Versicherungsscheins fällig. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, ist im Versicherungsschein genannt. Je nach Vereinbarung kann das monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein. Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen.

Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Hat der Vertrag eine Laufzeit von mindestens einem Jahr, verlängert er sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr (Verlängerungsjahr), wenn Sie nicht rechtzeitig gekündigt haben.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer und danach zum Ablauf jedes Verlängerungsjahres kündigen. Die Kündigung muss spätestens einen Monat vor dem Ende der Vertragslaufzeit bei uns eingegangen sein.

B 200048 (02.20)

die Bayerische
Versichert nach dem Reinheitsgebot

Tarifbedingungen der Bayerischen Beamten Versicherung AG für die Zusatzversicherung ZAHN Prestige

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Bayerischen Beamten Versicherung AG (AVB) für die Krankheitskostenversicherung, Krankenhaustagegeldversicherung und Kurtagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung

(Stand 01.03.2020)

1. Versicherungsvoraussetzung

Sie können sich in der Zusatzversicherung ZAHN Prestige versichern, wenn Sie in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder freie Heilfürsorge beziehen. Außerdem muss Ihr ständiger Wohnsitz in Deutschland liegen. Endet die Versicherung in der GKV oder in der freien Heilfürsorge, endet zu diesem Zeitpunkt auch Ihre Zusatzversicherung ZAHN Prestige.

Versichert werden nur Personen, die bei Vertragsabschluss nicht mehr als drei fehlende Zähne haben und keine Teil- oder Vollprothese tragen. Außerdem darf während der letzten drei Jahre keine der folgenden Erkrankungen bestanden haben oder bestehen: Parodontose, Parodontitis, Zahnschmelzdefekt.

2. Leistungsumfang

(Versicherungsleistungen erhalten Sie, wenn bei Ihnen eine medizinisch notwendige Heilbehandlung ansteht, entweder wegen einer Krankheit oder in Folge eines Unfalls. Dies gilt für folgende Bereiche:

2.1 Zahnbehandlungen

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlungen zusammen mit einer eventuellen Leistung der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers zu 100 %.

Als Aufwendungen für Zahnbehandlung gelten (jeweils inklusive der Material- und Laborkosten):

- konservierende Leistungen (z. B. Wurzelkanalbehandlungen),
- dentinadhäsive Konstruktionen (Kompositfüllungen),
- chirurgische Maßnahmen (z. B. Wurzelspitzenresektion),
- parodontologische Leistungen (z. B. Taschentiefe < 3,5 mm mit Knochenabbau, Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime),
- Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (nicht jedoch im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung).

2.2 Zahnmedizinische Individualprophylaxe

Wir erstatten Ihnen 100% der Aufwendungen bis maximal 200 Euro innerhalb eines Kalenderjahres. Dazu zählen:

- professionelle Zahnreinigung,
- Versiegelung (u. a. Fissurenversiegelungen),
- Fluoridierung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung (Bakterien-/DNATest),
- Kariesrisikodiagnostik,
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Kontrollen des Übungserfolges.

2.3 Zahnersatzmaßnahmen

Wir ersetzen die Aufwendungen zusammen mit einer eventuellen Vorleistung der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers zu 100 %.

Als Aufwendungen für Zahnersatz gelten (jeweils inklusive Material- und Laborkosten):

- Einlagefüllungen (Inlays), Veneers, Verblendungen,
- Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen und Onlays,
- prothetische Leistungen (Brücken, Stiftzähne, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur),
- implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen, Knochenaufbau,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

Die Aufwendungen für Verblendungen sind je Quadrant bis einschließlich Zahn acht (letzter Zahn) erstattungsfähig und gelten als Teil des Zahnersatzes.

Eine Begrenzung der Anzahl von Implantaten sieht der Tarif nicht vor. Im Rahmen des Tarifs wird die Anzahl der Implantate erstattet, welche medizinisch notwendig ist.

2.4 Ergänzende Zahnbehandlungen und Zahnersatzleistungen

Funktionsanalytische Leistungen
Bei medizinischer Notwendigkeit werden die Aufwendungen im Rahmen der tariflichen Leistungen für Zahnersatz erstattet, unabhängig davon, ob die Leistungen im Zusammenhang mit Zahnersatz- oder Zahnbehandlungsmaßnahmen stehen (GOZ-Ziffern 8000 – 8100).

Laserbehandlung bei Wurzelkanalbehandlungen
Erstattung erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit nach GOZ-Ziffer 0120 in Verbindung mit Ziffer 2410.

Laserbehandlung bei Parodontose-Behandlungen
Erstattung erfolgt im Rahmen der Hauptleistung bei medizinischer Notwendigkeit – im Rahmen der GOZ-Ziffern 4080, 4090, 4100, 4130 bzw. 4133 bzw. Zuschlag 0120.

Laserbehandlung bei Kariesbehandlungen
Erstattung erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit nach GOZ-Ziffern 2050, 2060, 2070, 2080, 2090, 2100, 2110, 2120, 2150, 2160 und 2170. Laserbehandlungen im Zusammenhang mit den vorgenannten Ziffern werden im Rahmen von § 6 Abs. 1 GOZ erstattet.

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen zum Erstattungssatz der Hauptleistung bei medizinischer Notwendigkeit für:

- OP-Mikroskop
- CEREC-Behandlung
- Digitale Volumentomografie
- PACT-Photoaktivierte Chemotherapie
- VECTOR-Technologie
- DROS-Schiene

2.5 Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Wir ersetzen Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung zu 100% bis maximal 200 Euro pro Kalenderjahr. Dies gilt auch für Maßnahmen außerhalb der

Leistungspflicht der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers.

Voraussetzung ist, dass die Leistung im direkten Zusammenhang steht

- mit einer umfangreichen Zahnbehandlung (s. Ziffer 2.1 z.B. Wurzelspitzenresektion, Entfernung von Weisheitszähnen),
- oder Zahnersatzmaßnahmen (s. Ziffer 2.3).

Als besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung gelten:

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

2.6 Kieferorthopädische Behandlungen

Wir ersetzen Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen einschließlich Röntgendiagnostik sowie Material- und Laborkosten. Voraussetzung ist, dass eine Zahnfehlstellung vorliegt, die aus medizinischen Gründen korrigiert werden muss. Die Behandlung darf erst nach Abschluss der Zusatzversicherung ZAHN Prestige beginnen bzw. erstmals angeraten sein.

Ersetzt werden 80% der Aufwendungen, wenn keine Leistungspflicht der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers besteht. Der Erstattungsbetrag ist dann über die gesamte Vertragslaufzeit auf maximal 2.000 Euro begrenzt.

Besteht eine Leistungspflicht der GKV/freien Heilfürsorge gemäß § 29 SGB V, erstatten wir zusammen mit der Vorleistung der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers bis zu 100% der Aufwendungen. Der Erstattungsbetrag ist dabei über die gesamte Vertragslaufzeit auf maximal 1.500 Euro begrenzt.

Besteht eine Leistungspflicht der GKV/freien Heilfürsorge, werden Behandlungen, die nicht unter diesen Leistungsanspruch fallen, auf Grund sogenannter Mehrkostenvereinbarungen tarifgemäß erstattet.

Unter die Mehrkostenvereinbarung fallen kieferorthopädische Zusatzleistungen, insbesondere Mini-Metall-, Keramik- und Kunststoffbrackets, unsichtbare Zahnspange (Invisalign), Lingualtechnik, festsitzender Retainer, konfektionierte herausnehmbare Geräte, festsitzender Lückenhalter, farbige/farblose Bögen/Teilbögen, thermisch programmierbare oder plastische Bögen/Teilbögen, Pendulum, Distal-Jet sowie funktionsanalytische/funktionstherapeutische Maßnahmen.

2.7 Leistungsbegrenzungen

Für alle bei Vertragsabschluss bereits begonnenen oder angeratenen Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz. Falls Sie bei Vertragsabschluss **keinen** oder **einen** fehlenden Zahn haben, begrenzen wir die Erstattung nach den Ziffern 2.1 und 2.3 bis 2.6 ab Versicherungsbeginn auf maximal

- 1.250 Euro im ersten Kalenderjahr,
- 2.500 Euro in den ersten zwei Kalenderjahren,
- 3.750 Euro in den ersten drei Kalenderjahren und
- 5.000 Euro in den ersten vier Kalenderjahren.

Falls Sie bei Vertragsabschluss **zwei** oder **drei** fehlende Zähne haben, begrenzen wir die Erstattung nach den Ziffern Ziffern 2.1 und 2.3 bis 2.6 ab Versicherungsbeginn auf max.

- 300 Euro im ersten Kalenderjahr,
- 600 Euro in den ersten zwei Kalenderjahren,
- 900 Euro in den ersten drei Kalenderjahren und
- 1.200 Euro in den ersten vier Kalenderjahren.

Diese Höchstsätze entfallen, wenn die Leistungen nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Ein Unfall liegt vor, wenn Sie durch ein plötzlich von außen auf Ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleiden.

Die vorgesehenen Höchstbeträge nach Kalenderjahren gelten jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres. Beginnt Ihre Versicherung nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr.

2.8 Anrechnung von Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers

Bei Aufwendungen nach den Ziffern 2.1 bis 2.5 werden die Vorleistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers (z. B. freie Heilfürsorge oder Beihilfe) von unseren Versicherungsleistungen abgezogen. So können Sie die Leistungen maximal zu 100% erstattet bekommen.

Wenn Sie in der GKV nach § 53 SGB V oder in der freien Heilfürsorge/Beihilfe einen Selbstbehalt vereinbart haben, gilt dieser ebenfalls als Vorleistung. Er kann also nicht erstattet werden.

Wichtig: Bitte weisen Sie die GKV- oder sonstigen Vorleistungen durch einen Erstattungsvermerk auf den eingereichten Kostenbelegen nach.

Sie können sich auch für eine Behandlung entscheiden, bei der Sie die zustehenden Leistungen der GKV oder des sonstigen Kostenträgers nicht in Anspruch nehmen (z.B. bei einem Behandler ohne Kassenzulassung). In diesem Fall rechnen wir einen pauschalen Betrag in Höhe von 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als Vorleistung an. Das gilt auch für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV oder ein sonstiger Kostenträger keine Vorleistung erbringt.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- Heilbehandlungsmaßnahmen, die bereits vor Vertragsschluss bekannt, medizinisch angeraten oder bereits begonnen waren,
- Teile einer Rechnung, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) nicht entsprechen oder die dort festgesetzten Höchstsätze überschreiten,
- kosmetische Maßnahmen,
- reine Verlangens- bzw. Wunschleistungen,
- Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten wie z. B. Material- und Laborkosten erstatten wir tarifgemäß.

4. Gebührenordnung

Die Aufwendungen für erbrachte zahnärztliche Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn die Gebühren im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. für Ärzte (GOÄ) liegen. Dies gilt bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen (3,5-facher Gebührensatz).

5. Versicherungsschutz im Ausland

Abweichend von § 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt der Versicherungsschutz weltweit. Allerdings bleiben wir bei Behandlungen im Ausland höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die wir bei einer zahnärztlichen bzw. ärztlichen Behandlung in Deutschland zu erbringen hätten.

Die Anrechnung von Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers erfolgt gemäß Ziffer 2.8.

6. Heil- und Kostenpläne

Wir empfehlen Ihnen, uns bei Zahnersatzmaßnahmen und bei kieferorthopädischen Maßnahmen vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die zu erwartende Erstattungsleistung. Falls Sie den Plan nicht einreichen, hat dies keine Auswirkungen auf die Leistungen.

7. Wartezeiten

Abweichend von § 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen entfallen in diesem Tarif sämtliche Wartezeiten.

8. Sonstige Bestimmungen

Der Versicherungsschutz nach diesem Tarif kann nicht mehrfach vereinbart werden oder mit anderen Zahn-Zusatzversicherungen kombiniert werden.

9. Anpassung von Versicherungsleistungen

Falls sich die Leistungen der GKV, eines sonstigen Kostenträgers oder die gesetzlichen Vergütungsregelungen für Zahnärzte oder Ärzte ändern, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen der Zusatzversicherung ZAHN Prestige haben, sind wir berechtigt, die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen (siehe § 18 AVB). Nach § 18 AVB sind wir auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen anzupassen.

10. Beitrag

Der Beitrag ist abhängig vom Alter der versicherten Person. Das Alter wird berechnet, indem man vom Kalenderjahr das Geburtsjahr abzieht, unabhängig vom tatsächlichen Geburtstag (siehe AVB § 8a (3)). Während der ersten beiden Jahre der Vertragslaufzeit gibt es keinen Beitragsgruppenwechsel – frühestens im 3. Versicherungsjahr.

11. Laufzeit

Ihr Vertrag wird zunächst für die Dauer von zwei Jahren geschlossen. Er verlängert sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn Sie nicht spätestens einen Monat vor dem Ende der Vertragslaufzeit kündigen. Weitere Beendigungsgründe sind z. B. der Tod oder der Wegfall der Versicherungsfähigkeit, vor allem wenn die bestehende Versicherung in der GKV/freien Heilfürsorge beendet wird.

Krankenzusatzversicherung

die Bayerische

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG Deutschland

Produkt: ZAHN Komfort 2020

Dieses Blatt dient nur Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Zusatzversicherung zur bestehenden Krankenversicherung (GKV/freie Heilfürsorge) nach Art einer Schadenversicherung. Sie sichert ab gegen Risiken durch medizinisch notwendige Zahnbehandlungen oder Zahnersatz.

Was ist versichert?

- ✓ Im Versicherungsfall erstatten wir die Aufwendungen für medizinisch notwendige Zahnbehandlungen oder Zahnersatz.
- ✓ Es gibt Kostenerstattungen z. B. für:
  - ✓ privatärztliche Zahnbehandlung zu 100 %,
  - ✓ Zahnersatz einschließlich Material- und Laborkosten zu 100 % bei Regelversorgung, 80 % bis 90 % bei einer höherwertigen Versorgung,
  - ✓ zahnmedizinische Individualprophylaxe (professionelle Zahnreinigung) zu 100 % bis maximal 200 EUR innerhalb eines Kalenderjahres,
  - ✓ kieferorthopädische Leistungen zu 100 % bis maximal 1.500 EUR, sofern es eine Vorleistung der GKV gibt; ohne Vorleistung der GKV erhalten Sie 80 % maximal 2.000 EUR.
  - ✓ Maßnahmen zur Schmerzausschaltung bis maximal 200 EUR pro Kalenderjahr.

Was ist nicht versichert?

- ✗ Heilbehandlungsmaßnahmen, die bereits vor Vertragsschluss bekannt, medizinisch angeraten oder bereits begonnen waren,
- ✗ Teile einer Rechnung, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) nicht entsprechen oder die dort festgesetzten Höchstsätze überschreiten,
- ✗ kosmetische Maßnahmen,
- ✗ reine Verlangens- bzw. Wunschleistungen,
- ✗ Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder.

Gibt es Deckungseinschränkungen?

- ! Es gibt eine Reihe von Fällen, in denen der Versicherungsschutz eingeschränkt sein kann. In jedem Fall vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:
  - ! Leistungsfälle innerhalb der Wartezeiten, außer bei Unfällen und bei zahnmedizinische Individualprophylaxe,
  - ! für bei Vertragsabschluss bereits begonnene oder angeratene Behandlungen,
  - ! Leistungen, die in den ersten Kalenderjahren ab Vertragsbeginn über die Leistungsgrenzen hinausgehen.
  - ! Bei Behandlungen, bei welchen zustehende Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen werden (z.B. bei einem Behandler ohne Kassenzulassung), wird ein pauschaler Betrag i.H.v. 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als Vorleistung angerechnet.
  - ! Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.

Krankenzusatzversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG
Deutschland

Produkt:
ZAHN Komfort 2020

Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Sie müssen alle Fragen im Antragsformular, insbesondere die Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand, wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auch in Ihrem eigenen Interesse sind Sie verpflichtet, nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die Ihrer Genesung hinderlich sind.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.

Wann und wie zahle ich?

Der erste Beitrag ist 14 Tage nach Zugang des Versicherungsscheins fällig. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, ist im Versicherungsschein genannt. Je nach Vereinbarung kann das monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein. Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen.

Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Hat der Vertrag eine Laufzeit von mindestens einem Jahr, verlängert er sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr (Verlängerungsjahr), wenn Sie nicht rechtzeitig gekündigt haben.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer und danach zum Ablauf jedes Verlängerungsjahres kündigen. Die Kündigung muss spätestens einen Monat vor dem Ende der Vertragslaufzeit bei uns eingegangen sein.

B 200047 (02.20)

die Bayerische
Versichert nach dem Reinheitsgebot

Tarifbedingungen der Bayerischen Beamten Versicherung AG für die Zusatzversicherung ZAHN Komfort

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Bayerischen Beamten Versicherung AG (AVB) für die Krankheitskostenversicherung, Krankenhaustagegeldversicherung und Kurtagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung

(Stand 01.03.2020)

1. Versicherungsvoraussetzung

Sie können sich in der Zusatzversicherung ZAHN Komfort versichern, wenn Sie in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder freie Heilfürsorge beziehen. Außerdem muss Ihr ständiger Wohnsitz in Deutschland liegen. Endet die Versicherung in der GKV oder in der freien Heilfürsorge, endet zu diesem Zeitpunkt auch Ihre Zusatzversicherung ZAHN Komfort.

Versichert werden nur Personen, die bei Vertragsabschluss nicht mehr als drei fehlende Zähne haben und keine Teil- oder Vollprothese tragen. Außerdem darf während der letzten drei Jahre keine der folgenden Erkrankungen bestanden haben oder bestehen: Parodontose, Parodontitis, Zahnschmelzdefekt.

2. Leistungsumfang

Versicherungsleistungen erhalten Sie, wenn bei Ihnen eine medizinisch notwendige Heilbehandlung ansteht, entweder wegen einer Krankheit oder in Folge eines Unfalls. Dies gilt für folgende Bereiche:

2.1 Zahnbehandlungen

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlungen zusammen mit einer eventuellen Leistung der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers zu 100 %.

Als Aufwendungen für Zahnbehandlung gelten (jeweils inklusive der Material- und Laborkosten):

- konservierende Leistungen (z. B. Wurzelkanalbehandlungen),
- dentinadhäsive Konstruktionen (Kompositfüllungen),
- chirurgische Maßnahmen (z. B. Wurzelspitzenresektion),
- parodontologische Leistungen (z. B. Taschentiefe < 3,5 mm mit Knochenabbau, Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime),
- Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (nicht jedoch im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung).

2.2 Zahnmedizinische Individualprophylaxe

Wir erstatten Ihnen 100% der Aufwendungen bis maximal 200 Euro innerhalb eines Kalenderjahres.
Dazu zählen:

- professionelle Zahnreinigung,
- Versiegelung (u. a. Fissurenversiegelungen),
- Fluoridierung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung (Bakterien-/DNATest),
- Kariesrisikodiagnostik,
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Kontrollen des Übungserfolges.

2.3 Zahnersatzmaßnahmen

Wir ersetzen zusammen mit einer eventuellen Vorleistung der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers

- 100% der Aufwendungen, sofern Sie nur die Regelversorgung der GKV/freien Heilfürsorge in Anspruch nehmen.
- 90 % der Aufwendungen, wenn Sie über Ihr Bonusheft nachweisen, dass Sie in den letzten 5 Jahren vor Behandlungsbeginn regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben.
- 80 % der Aufwendungen, wenn Sie die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in weniger als 5 Jahren vor Behandlungsbeginn oder überhaupt nicht nachweisen können.

Als Aufwendungen für Zahnersatz gelten (jeweils inklusive Material- und Laborkosten):

- Einlagefüllungen (Inlays), Veneers, Verblendungen,
- Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen und Onlays,
- prothetische Leistungen (Brücken, Stiftzähne, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur),
- implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen, Knochenaufbau,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

Die Aufwendungen für Verblendungen sind je Quadrant bis einschließlich Zahn acht (letzter Zahn) erstattungsfähig und gelten als Teil des Zahnersatzes.

Eine Begrenzung der Anzahl von Implantaten sieht der Tarif nicht vor. Im Rahmen des Tarifs wird die Anzahl der Implantate erstattet, welche medizinisch notwendig ist.

2.4 Ergänzende Zahnbehandlungen und Zahnersatzleistungen

Funktionsanalytische Leistungen
Bei medizinischer Notwendigkeit werden die Aufwendungen im Rahmen der tariflichen Leistungen für Zahnersatz erstattet, unabhängig davon, ob die Leistungen im Zusammenhang mit Zahnersatz- oder Zahnbehandlungsmaßnahmen stehen (GOZ-Ziffern 8000 – 8100).

Laserbehandlung bei Wurzelkanalbehandlungen
Erstattung erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit nach GOZ-Ziffer 0120 in Verbindung mit Ziffer 2410.

Laserbehandlung bei Parodontose-Behandlungen
Erstattung erfolgt im Rahmen der Hauptleistung bei medizinischer Notwendigkeit – im Rahmen der GOZ-Ziffern 4080, 4090, 4100, 4130 bzw. 4133 bzw. Zuschlag 0120.

Laserbehandlung bei Kariesbehandlungen
Erstattung erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit nach GOZ-Ziffern 2050, 2060, 2070, 2080, 2090, 2100, 2110, 2120, 2150, 2160 und 2170. Laserbehandlungen im Zusammenhang mit den vorgenannten Ziffern werden im Rahmen von § 6 Abs. 1 GOZ erstattet.

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen zum Erstattungssatz der Hauptleistung bei medizinischer Notwendigkeit für:

- OP-Mikroskop
- CEREC-Behandlung

- Digitale Volumentomografie
- PACT-Photoaktivierte Chemotherapie
- VECTOR-Technologie
- DROS-Schiene

2.5 Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Wir ersetzen Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung zu 100% bis maximal 200 Euro pro Kalenderjahr. Dies gilt auch für Maßnahmen außerhalb der Leistungspflicht der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers.

Voraussetzung ist, dass die Leistung im direkten Zusammenhang steht

- mit einer umfangreichen Zahnbehandlung (s. Ziffer 2.1 z.B. Wurzelspitzenresektion, Entfernung von Weisheitszähnen),
- oder Zahnersatzmaßnahmen (s. Ziffer 2.3).

Als besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung gelten:

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

2.6 Kieferorthopädische Behandlungen

Wir ersetzen Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen einschließlich Röntgendiagnostik sowie Material- und Laborkosten. Voraussetzung ist, dass eine Zahnfehlstellung vorliegt, die aus medizinischen Gründen korrigiert werden muss. Die Behandlung darf erst nach Abschluss der Zusatzversicherung ZAHN Komfort beginnen bzw. erstmals angeraten sein.

Ersetzt werden 80% der Aufwendungen, wenn keine Leistungspflicht der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers besteht. Der Erstattungsbetrag ist dann über die gesamte Vertragslaufzeit auf maximal 2.000 Euro begrenzt.

Besteht eine Leistungspflicht der GKV/freien Heilfürsorge gemäß § 29 SGB V, erstatten wir zusammen mit der Vorleistung der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers bis zu 100% der Aufwendungen. Der Erstattungsbetrag ist dabei über die gesamte Vertragslaufzeit auf maximal 1.500 Euro begrenzt.

Besteht eine Leistungspflicht der GKV/freien Heilfürsorge, werden Behandlungen, die nicht unter diesen Leistungsanspruch fallen, auf Grund sogenannter Mehrkostenvereinbarungen tarifgemäß erstattet.

Unter die Mehrkostenvereinbarung fallen kieferorthopädische Zusatzleistungen, insbesondere Mini-Metall-, Keramik- und Kunststoffbrackets, unsichtbare Zahnspange (Invisalign), Lingualtechnik, festsitzender Retainer, konfektionierte herausnehmbare Geräte, festsitzender Lückenhalter, farbige/farblose Bögen/Teilbögen, thermisch programmierbare oder plastische Bögen/Teilbögen, Pendulum, Distal-Jet sowie funktionsanalytische/funktionstherapeutische Maßnahmen.

2.7 Leistungsbegrenzungen

Für alle bei Vertragsabschluss bereits begonnenen oder angeratenen Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz. Falls Sie bei Vertragsabschluss **keinen** oder **einen** fehlenden Zahn haben, begrenzen wir die Erstattung nach den Ziffern 2.1 und 2.3 bis 2.6 ab Versicherungsbeginn auf maximal

- 1.250 Euro im ersten Kalenderjahr,
- 2.500 Euro in den ersten zwei Kalenderjahren,
- 3.750 Euro in den ersten drei Kalenderjahren und
- 5.000 Euro in den ersten vier Kalenderjahren.

Falls Sie bei Vertragsabschluss **zwei** oder **drei** fehlende Zähne haben, begrenzen wir die Erstattung nach den Ziffern Ziffern 2.1 und 2.3 bis 2.6 ab Versicherungsbeginn auf max.

- 300 Euro im ersten Kalenderjahr,
- 600 Euro in den ersten zwei Kalenderjahren,
- 900 Euro in den ersten drei Kalenderjahren und
- 1.200 Euro in den ersten vier Kalenderjahren.

Diese Höchstsätze entfallen, wenn die Leistungen nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Ein Unfall liegt vor, wenn Sie durch ein plötzlich von außen auf Ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleiden.

Die vorgesehenen Höchstbeträge nach Kalenderjahren gelten jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres. Beginnt Ihre Versicherung nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr.

2.8 Anrechnung von Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers

Bei Aufwendungen nach den Ziffern 2.1 bis 2.5 werden die Vorleistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers (z. B. freie Heilfürsorge oder Beihilfe) von unseren Versicherungsleistungen abgezogen. So können Sie die Leistungen maximal zu 100% erstattet bekommen.

Wenn Sie in der GKV nach § 53 SGB V oder in der freien Heilfürsorge/Beihilfe einen Selbstbehalt vereinbart haben, gilt dieser ebenfalls als Vorleistung. Er kann also nicht erstattet werden.

Wichtig: Bitte weisen Sie die GKV- oder sonstigen Vorleistungen durch einen Erstattungsvermerk auf den eingereichten Kostenbelegen nach.

Sie können sich auch für eine Behandlung entscheiden, bei der Sie die zustehenden Leistungen der GKV oder des sonstigen Kostenträgers nicht in Anspruch nehmen (z.B. bei einem Behandler ohne Kassenzulassung). In diesem Fall rechnen wir einen pauschalen Betrag in Höhe von 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als Vorleistung an. Das gilt auch für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV oder ein sonstiger Kostenträger keine Vorleistung erbringt.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- Heilbehandlungsmaßnahmen, die bereits vor Vertragsschluss bekannt, medizinisch angeraten oder bereits begonnen waren,
- Teile einer Rechnung, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) nicht entsprechen oder die dort festgesetzten Höchstsätze überschreiten,
- kosmetische Maßnahmen,
- reine Verlangens- bzw. Wunschleistungen,
- Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten wie z. B. Material- und Laborkosten erstatten wir tarifgemäß.

4. Gebührenordnung

Die Aufwendungen für erbrachte zahnärztliche Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn die Gebühren im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. für Ärzte (GOÄ) liegen. Dies gilt bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen (3,5-facher Gebührensatz).

5. Versicherungsschutz im Ausland

Abweichend von § 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt der Versicherungsschutz weltweit. Allerdings bleiben wir bei Behandlungen im Ausland höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die wir bei einer zahnärztlichen bzw. ärztlichen Behandlung in Deutschland zu erbringen hätten.

Die Anrechnung von Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers erfolgt gemäß Ziffer 2.8.

6. Heil- und Kostenpläne

Wir empfehlen Ihnen, uns bei Zahnersatzmaßnahmen und bei kieferorthopädischen Maßnahmen vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die zu erwartende Erstattungsleistung. Falls Sie den Plan nicht einreichen, hat dies keine Auswirkungen auf die Leistungen.

7. Wartezeiten

Abweichend von § 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen betragen die Wartezeiten nach den Ziffern 2.1 und 2.3 bis 2.6 sechs Monate. Die Wartezeiten für zahnmedizinische Individualprophylaxemaßnahmen nach Ziffer 2.2 entfallen.

8. Sonstige Bestimmungen

Der Versicherungsschutz nach diesem Tarif kann nicht mehrfach vereinbart werden oder mit anderen Zahn-Zusatzversicherungen kombiniert werden.

9. Anpassung von Versicherungsleistungen

Falls sich die Leistungen der GKV, eines sonstigen Kostenträgers oder die gesetzlichen Vergütungsregelungen für Zahnärzte oder Ärzte ändern, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen der Zusatzversicherung ZAHN Komfort haben, sind wir berechtigt, die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen (siehe § 18 AVB). Nach § 18 AVB sind wir auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen anzupassen.

10. Beitrag

Der Beitrag ist abhängig vom Alter der versicherten Person. Das Alter wird berechnet, indem man vom Kalenderjahr das Geburtsjahr abzieht, unabhängig vom tatsächlichen Geburtstag (siehe AVB § 8a (3)). Während der ersten beiden Jahre der Vertragslaufzeit gibt es keinen Beitragsgruppenwechsel – frühestens im 3. Versicherungsjahr.

11. Laufzeit

Ihr Vertrag wird zunächst für die Dauer von zwei Jahren geschlossen. Er verlängert sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn Sie nicht spätestens einen Monat vor dem Ende der Vertragslaufzeit kündigen. Weitere Beendigungsgründe sind z. B. der Tod oder der Wegfall der Versicherungsfähigkeit, vor allem wenn die bestehende Versicherung in der GKV/freien Heilfürsorge beendet wird.

Krankenzusatzversicherung

die Bayerische

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG Deutschland

Produkt: ZAHN Smart 2020

Dieses Blatt dient nur Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Zusatzversicherung zur bestehenden Krankenversicherung (GKV/freie Heilfürsorge) nach Art einer Schadenversicherung. Sie sichert ab gegen Risiken durch medizinisch notwendige Zahnbehandlungen oder Zahnersatz.

Was ist versichert?

- ✓ Im Versicherungsfall erstatten wir die Aufwendungen für medizinisch notwendige Zahnbehandlungen oder Zahnersatz.
- ✓ Es gibt Kostenerstattungen z. B. für:
  - ✓ privatärztliche Zahnbehandlung zu 80 %,
  - ✓ zahnmedizinische Individualprophylaxe (professionelle Zahnreinigung) zu 100 % bis maximal 2 x 80 EUR innerhalb eines Kalenderjahres,
  - ✓ Zahnersatz einschließlich Material- und Laborkosten zu 100 % bei Regelversorgung, zu 80 % bei einer höherwertigen Versorgung.

Was ist nicht versichert?

- ✗ Heilbehandlungsmaßnahmen, die bereits vor Vertragsschluss bekannt, medizinisch angeraten oder bereits begonnen waren,
- ✗ Teile einer Rechnung, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) nicht entsprechen oder die dort festgesetzten Höchstsätze überschreiten,
- ✗ kosmetische Maßnahmen,
- ✗ reine Verlangens- bzw. Wunschleistungen,
- ✗ Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder.

Gibt es Deckungseinschränkungen?

- ! Es gibt eine Reihe von Fällen, in denen der Versicherungsschutz eingeschränkt sein kann. In jedem Fall vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:
  - ! Leistungsfälle innerhalb der Wartezeiten, außer bei Unfällen und bei zahnmedizinischer Individualprophylaxe,
  - ! für bei Vertragsabschluss bereits begonnene oder angeratene Behandlungen,
  - ! Leistungen, die in den ersten Kalenderjahren ab Vertragsbeginn über die Leistungsgrenzen hinausgehen.
  - ! Bei Behandlungen, bei welchen zustehende Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen werden (z.B. bei einem Behandler ohne Kassenzulassung), wird ein pauschaler Betrag i.H.v. 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als Vorleistung angerechnet.
  - ! Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.

Krankenzusatzversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG
Deutschland

Produkt:
ZAHN Smart 2020

Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Sie müssen alle Fragen im Antragsformular, insbesondere die Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand, wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auch in Ihrem eigenen Interesse sind Sie verpflichtet, nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die Ihrer Genesung hinderlich sind.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.

Wann und wie zahle ich?

Der erste Beitrag ist 14 Tage nach Zugang des Versicherungsscheins fällig. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, ist im Versicherungsschein genannt. Je nach Vereinbarung kann das monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein. Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen.

Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Hat der Vertrag eine Laufzeit von mindestens einem Jahr, verlängert er sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr (Verlängerungsjahr), wenn Sie nicht rechtzeitig gekündigt haben.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer und danach zum Ablauf jedes Verlängerungsjahres kündigen. Die Kündigung muss spätestens einen Monat vor dem Ende der Vertragslaufzeit bei uns eingegangen sein.

B 200049 (02.20)

die Bayerische
Versichert nach dem Reinheitsgebot

Tarifbedingungen der Bayerischen Beamten Versicherung AG für die Zusatzversicherung ZAHN Smart

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Bayerischen Beamten Versicherung AG (AVB) für die Krankheitskostenversicherung, Krankenhaustagegeldversicherung und Kurtagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung

(Stand 01.03.2020)

1. Versicherungsvoraussetzung

Sie können sich in der Zusatzversicherung ZAHN Smart versichern, wenn Sie in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder freie Heilfürsorge beziehen. Außerdem muss Ihr ständiger Wohnsitz in Deutschland liegen. Endet die Versicherung in der GKV oder in der freien Heilfürsorge, endet zu diesem Zeitpunkt auch Ihre Zusatzversicherung ZAHN Smart.

Versichert werden nur Personen, die bei Vertragsabschluss nicht mehr als drei fehlende Zähne haben und keine Teil- oder Vollprothese tragen. Außerdem darf während der letzten drei Jahre keine der folgenden Erkrankungen bestanden haben oder bestehen: Parodontose, Parodontitis, Zahnschmelzdefekt.

2. Leistungsumfang

Versicherungsleistungen erhalten Sie, wenn bei Ihnen eine medizinisch notwendige Heilbehandlung ansteht, entweder wegen einer Krankheit oder in Folge eines Unfalls. Dies gilt für folgende Bereiche:

2.1 Zahnbehandlungen

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlungen zusammen mit einer eventuellen Leistung der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers zu 80 %.

Als Aufwendungen für Zahnbehandlung gelten (jeweils inklusive der Material- und Laborkosten):

- konservierende Leistungen (z. B. Wurzelkanalbehandlungen),
- dentinadhäsive Konstruktionen (Kompositfüllungen),
- chirurgische Maßnahmen (z. B. Wurzelspitzenresektion),
- parodontologische Leistungen (z. B. Taschentiefe < 3,5 mm mit Knochenabbau, Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime),
- Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (nicht jedoch im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung).

2.2 Zahnmedizinische Individualprophylaxe

Wir erstatten Ihnen 100% der Aufwendungen bis maximal je 80 Euro zweimal innerhalb eines Kalenderjahres. Dazu zählen:

- professionelle Zahnreinigung,
- Versiegelung (u. a. Fissurenversiegelungen),
- Fluoridierung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung (Bakterien-/DNATest),
- Kariesrisikodiagnostik,
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Kontrollen des Übungserfolges.

2.3 Zahnersatzmaßnahmen

Wir ersetzen zusammen mit einer eventuellen Vorleistung der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers

- 100% der Aufwendungen, sofern Sie nur die Regelversorgung der GKV/freien Heilfürsorge in Anspruch nehmen.
- 80 % der Aufwendungen für eine höherwertige Versorgung.

Als Aufwendungen für Zahnersatz gelten (jeweils inklusive Material- und Laborkosten):

- Einlagefüllungen (Inlays), Veneers, Verblendungen,
- Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen und Onlays,
- prothetische Leistungen (Brücken, Stiftzähne, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur),
- implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen, Knochenaufbau,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

Die Aufwendungen für Verblendungen sind je Quadrant bis einschließlich Zahn acht (letzter Zahn) erstattungsfähig und gelten als Teil des Zahnersatzes.

Eine Begrenzung der Anzahl von Implantaten sieht der Tarif nicht vor. Im Rahmen des Tarifs wird die Anzahl der Implantate erstattet, welche medizinisch notwendig ist.

2.4 Ergänzende Zahnbehandlungen und Zahnersatzleistungen

Funktionsanalytische Leistungen
Bei medizinischer Notwendigkeit werden die Aufwendungen im Rahmen der tariflichen Leistungen für Zahnersatz erstattet, unabhängig davon, ob die Leistungen im Zusammenhang mit Zahnersatz- oder Zahnbehandlungsmaßnahmen stehen (GOZ-Ziffern 8000 – 8100).

Laserbehandlung bei Wurzelkanalbehandlungen
Erstattung erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit nach GOZ-Ziffer 0120 in Verbindung mit Ziffer 2410.

Laserbehandlung bei Parodontose-Behandlungen
Erstattung erfolgt im Rahmen der Hauptleistung bei medizinischer Notwendigkeit – im Rahmen der GOZ-Ziffern 4080, 4090, 4100, 4130 bzw. 4133 bzw. Zuschlag 0120.

Laserbehandlung bei Kariesbehandlungen
Erstattung erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit nach GOZ-Ziffern 2050, 2060, 2070, 2080, 2090, 2100, 2110, 2120, 2150, 2160 und 2170. Laserbehandlungen im Zusammenhang mit den vorgenannten Ziffern werden im Rahmen von § 6 Abs. 1 GOZ erstattet.

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen zum Erstattungssatz der Hauptleistung bei medizinischer Notwendigkeit für:

- OP-Mikroskop
- CEREC-Behandlung
- Digitale Volumentomografi
- PACT-Photoaktivierte Chemotherapie

- VECTOR-Technologie
- DROS-Schiene

2.5 Leistungsbegrenzungen

Für alle bei Vertragsabschluss bereits begonnenen oder angeratenen Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz. Falls Sie bei Vertragsabschluss **keinen** oder **einen** fehlenden Zahn haben, begrenzen wir die Erstattung nach den Ziffern 2.1, 2.3 und 2.4 ab Versicherungsbeginn auf maximal

- 1.250 Euro im ersten Kalenderjahr,
- 2.500 Euro in den ersten zwei Kalenderjahren
- 3.750 Euro in den ersten drei Kalenderjahren und
- 5.000 Euro in den ersten vier Kalenderjahren.

Falls Sie bei Vertragsabschluss **zwei** oder **drei** fehlende Zähne haben, begrenzen wir die Erstattung nach den Ziffern 2.1, 2.3 und 2.4 ab Versicherungsbeginn auf maximal

- 300 Euro im ersten Kalenderjahr,
- 600 Euro in den ersten zwei Kalenderjahren,
- 900 Euro in den ersten drei Kalenderjahren und
- 1.200 Euro in den ersten vier Kalenderjahren.

Diese Höchstsätze entfallen, wenn die Leistungen nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Ein Unfall liegt vor, wenn Sie durch ein plötzlich von außen auf Ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleiden.

Die vorgesehenen Höchstbeträge nach Kalenderjahren gelten jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres. Beginnt Ihre Versicherung nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr.

2.6 Anrechnung von Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers

Bei Aufwendungen nach den Ziffern 2.1 bis 2.4 werden die Vorleistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers (z. B. freie Heilfürsorge oder Beihilfe) von unseren Versicherungsleistungen abgezogen. So können Sie die Leistungen maximal zu 100% erstattet bekommen. Wenn Sie in der GKV nach § 53 SGB V oder in der freien Heilfürsorge/Beihilfe einen Selbstbehalt vereinbart haben, gilt dieser ebenfalls als Vorleistung. Er kann also nicht erstattet werden.

Wichtig: Bitte weisen Sie die GKV- oder sonstigen Vorleistungen durch einen Erstattungsvermerk auf den eingereichten Kostenbelegen nach.

Sie können sich auch für eine Behandlung entscheiden, bei der Sie die zustehenden Leistungen der GKV oder des sonstigen Kostenträgers nicht in Anspruch nehmen (z.B. bei einem Behandler ohne Kassenzulassung). In diesem Fall rechnen wir einen pauschalen Betrag in Höhe von 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als Vorleistung an. Das gilt auch für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV oder ein sonstiger Kostenträger keine Vorleistung erbringt.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- Heilbehandlungsmaßnahmen, die bereits vor Vertragsschluss bekannt, medizinisch angeraten oder bereits begonnen waren,
- Teile einer Rechnung, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) nicht entsprechen oder die dort festgesetzten Höchstsätze überschreiten,
- kosmetische Maßnahmen,
- reine Verlangens- bzw. Wunschleistungen,
- Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten wie z. B. Material- und Laborkosten erstatten wir tarifgemäß.

4. Gebührenordnung

Die Aufwendungen für erbrachte zahnärztliche Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn die Gebühren im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. für Ärzte (GOÄ) liegen. Dies gilt bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen (3,5-facher Gebührensatz).

5. Versicherungsschutz im Ausland

Abweichend von § 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt der Versicherungsschutz weltweit. Allerdings bleiben wir bei Behandlungen im Ausland höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die wir bei einer zahnärztlichen bzw. ärztlichen Behandlung in Deutschland zu erbringen hätten.

Die Anrechnung von Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers erfolgt gemäß Ziffer 2.8.

6. Heil- und Kostenpläne

Wir empfehlen Ihnen, uns bei Zahnersatzmaßnahmen vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die zu erwartende Erstattungsleistung. Falls Sie den Plan nicht einreichen, hat dies keine Auswirkungen auf die Leistungen.

7. Wartezeiten

Abweichend von § 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen betragen die Wartezeiten nach den Ziffern 2.1, 2.3 und 2.4 sechs Monate. Die Wartezeiten für zahnmedizinische Individualprophylaxemaßnahmen nach Ziffer 2.2 entfallen.

8. Sonstige Bestimmungen

Der Versicherungsschutz nach diesem Tarif kann nicht mehrfach vereinbart werden oder mit anderen Zahn-Zusatzversicherungen kombiniert werden.

9. Anpassung von Versicherungsleistungen

Falls sich die Leistungen der GKV, eines sonstigen Kostenträgers oder die gesetzlichen Vergütungsregelungen für Zahnärzte oder Ärzte ändern, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen der Zusatzversicherung ZAHN Smart haben, sind wir berechtigt, die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen (siehe § 18 AVB). Nach § 18 AVB sind wir auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen anzupassen.

10. Beitrag

Der Beitrag ist abhängig vom Alter der versicherten Person. Das Alter wird berechnet, indem man vom Kalenderjahr das Geburtsjahr abzieht, unabhängig vom tatsächlichen Geburtstag (siehe AVB § 8a (3)). Während der ersten beiden Jahre der Vertragslaufzeit gibt es keinen Beitragsgruppenwechsel – frühestens im 3. Versicherungsjahr.

11. Laufzeit

Ihr Vertrag wird zunächst für die Dauer von zwei Jahren geschlossen. Er verlängert sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn Sie nicht spätestens einen Monat vor dem Ende der Vertragslaufzeit kündigen. Weitere Beendigungsgründe sind z. B. der Tod oder der Wegfall der Versicherungsfähigkeit, vor allem wenn die bestehende Versicherung in der GKV/freien Heilfürsorge beendet wird.

Zahnfee für alle!

Mit dem **ZAHN Sofort** genießen Sie Versicherungsschutz für Ihre angeratene oder laufende Behandlung!

Die passende Ergänzung zu unseren Tariflinien ZAHN Smart, ZAHN Komfort, ZAHN Prestige und ZAHN Prestige Plus.

Zahn Sofort: Highlights im Überblick

- Der Baustein kann zu allen Tariflinien hinzugewählt werden
- **Keine Wartezeiten und rückwärtiger Versicherungsschutz** für bereits angeratene und bereits begonnene Behandlungen
- 29,90 € pro Monat
- **Die Laufzeit endet automatisch** nach 2 Jahren (es bedarf keiner Kündigung)[1]
- Leistungsstaffel 1.500 € max. 750 € je Kalenderjahr

[1] gilt nur für den Ergänzungsbaustein ZAHN Sofort. Eine Beendigung des ZAHN Sofort bedingt keine Beendigung des führenden Tarifs ZAHN Smart, Komfort, Prestige, Prestige Plus.

Der ZAHN Sofort im Detail:

6 Monate Wartezeit in Zahn Smart & Zahn Komfort für Zahnbehandlung & Zahnersatz[2]

01.10.2021

01.10.2023
Ende **Zahn Sofort**

Zahn Sofort für angeratene und begonnene Leistungen[3]

Schutz in Zahn Smart, Zahn Komfort, Zahn Prestige, Zahn Prestige Plus

[2] Entfällt bis 31.12.2021 [3] Nicht aber abgeschlossene und bereits in Rechnung gestellte Behandlungen.

(Stand: Januar 2022)

Leistungsbeispiele

Beispiel 1 mit Zahn Sofort

01.08.2021 Kunde bekommt beim Zahnarzt einen Zahnersatz durch Inlays (Keramik) angeraten. **Kosten: ca. 750 €**

15.10.2021 Kunde ist beim Zahnarzt und wird behandelt.

01.10.2023 Tarif Zahn Prestige läuft ungekündigt weiter, Tarif Zahn Sofort entfällt

Versicherungsschutz durch Ergänzungsbaustein **„ZAHN Sofort“**

01.10.2021 Vertragsbeginn **Tarife: Zahn Prestige + Zahn Sofort**

18.10.2021 Kunde reicht die Rechnung ein.
Die GKV übernimmt eine Zuzahlung von 50 €.
Wir übernehmen die restlichen Kosten i.H.v. 700 €.

Beispiel 2 mit Zahn Sofort

01.08.2021 Kunde beginnt beim Zahnarzt eine Behandlung (Implantat mit Metall-Keramik-Krone) **Kosten: ca. 3950 €**

15.10.2021 Kunde ist beim Zahnarzt und wird behandelt.

01.10.2023 Tarif Zahn Komfort läuft ungekündigt weiter, Tarif Zahn Sofort entfällt

Versicherungsschutz durch Ergänzungsbaustein **„ZAHN Sofort“**

01.10.2021 Vertragsbeginn **Tarife: Zahn Komfort + Zahn Sofort**

16.10.2021 Kunde reicht die Rechnung ein.
Die GKV übernimmt einen Festzuschuss von 472€.
Wir übernehmen einen Zuschuss von 750 €.
Der Kunde trägt die restlichen Kosten i.H.v. 2728 € selbst.

B 261060 (01.2022)

BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG
Thomas-Dehler-Str. 25 | 81737 München
diebayerische.de

die Bayerische
Versichert nach dem Reinheitsgebot

Krankenzusatzversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

die Bayerische

Produkt:
ZAHN Sofort

Dieses Blatt dient nur Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um einen Ergänzungsbaustein zur bestehenden Zusatzversicherung ZAHN Smart, Komfort, Prestige, Prestige Plus und zur bestehenden Krankenversicherung (GKV/freie Heilfürsorge) nach Art einer Schadenversicherung. Der Baustein sichert ab gegen Risiken durch medizinisch notwendige Zahnbehandlungen oder Zahnersatz.

Was ist versichert?

- ✓ Im Versicherungsfall erstatten wir die Aufwendungen für medizinisch notwendige Zahnbehandlungen oder Zahnersatz.
  Es gibt, je nach führendem Tarif, Kostenerstattungen für:
  - ✓ privatärztliche Zahnbehandlung zu 80-100%,
  - ✓ zahnmedizinische Individualprophylaxe (professionelle Zahnreinigung) 100% im Rahmen Ihres führenden Tarifs ZAHN Smart, Komfort, Prestige, Prestige Plus,
  - ✓ Zahnersatz einschließlich Material- und Laborkosten zwischen 80 und 100%,
  - ✓ Heilbehandlungsmaßnahmen, die bereits vor Vertragsschluss bekannt, medizinisch angeraten oder bereits begonnen waren.

Was ist nicht versichert?

- ✗ Abgeschlossene und bereits in Rechnung gestellte Behandlungen,
- ✗ Teile einer Rechnung, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) nicht entsprechen oder die dort festgesetzten Höchstsätze überschreiten,
- ✗ kosmetische Maßnahmen,
- ✗ reine Verlangens- bzw. Wunschleistungen,
- ✗ Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder,
- ✗ Kieferorthophädie (Ausnahme Unfall).

Gibt es Deckungseinschränkungen?

- ! Es gibt eine Reihe von Fällen, in denen der Versicherungsschutz eingeschränkt sein kann. In jedem Fall vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:
  - ! Leistungen, die in den ersten Kalenderjahren ab Vertragsbeginn über die Leistungsgrenzen hinausgehen.
  - ! Bei Behandlungen, bei welchen zustehende Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen werden (z.B. bei einem Behandler ohne Kassenzulassung), wird ein pauschaler Betrag i.H.v. 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als Vorleistung angerechnet.
  - ! Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.

Krankenzusatzversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Produkt:
ZAHN Sofort

Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Sie müssen alle Fragen im Antragsformular, insbesondere die Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand, wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auch in Ihrem eigenen Interesse sind Sie verpflichtet, nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die Ihrer Genesung hinderlich sind.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.

Wann und wie zahle ich?

Der erste Beitrag ist 14 Tage nach Zugang des Versicherungsscheins fällig. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, ist im Versicherungsschein genannt. Je nach Vereinbarung kann das monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein. Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen.

Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Er erstreckt sich auf alle bereits begonnenen und angeratenen, nicht aber abgeschlossenen und in Rechnung gestellte Behandlungen. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Der Ergänzungsbaustein wird für 24 Monate abgeschlossen. Er endet nach 24 Monaten automatisch. Die Beendigung des Ergänzungsbausteins bedingt nicht die Beendigung des führenden Tarifs ZAHN Smart, Komfort, Prestige, Prestige Plus.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Eine Kündigung des Ergänzungsbausteins ist nicht möglich und notwendig. Der Baustein ist auf eine feste Laufzeit von 24 Monaten geschlossen. Er endet nach 24 Monaten automatisch.

B 200089 (09.21)

BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG
Thomas-Dehler-Str. 25 | 81737 München
diebayerische.de

die Bayerische
Versichert nach dem Reinheitsgebot

Tarifbedingungen der Bayerischen Beamten Versicherung AG für den Ergänzungsbaustein ZAHN Sofort in der Zahnzusatzversicherung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Bayerischen Beamten Versicherung AG (AVB) für die Krankheitskostenversicherung, Krankenhaustagegeldversicherung und Kurtagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung sowie die jeweils vereinbarten Tarifbedingungen ZAHN Smart/Komfort/Prestige/Prestige Plus

(Stand 09/2021)

1 Abweichend zu den AVB gilt für den Ergänzungsbaustein ZAHN Sofort:

1.1 Rückwärtsversicherung (Versicherungsschutz vor policiertem Versicherungsbeginn)

Im Ergänzungsbaustein ZAHN Sofort wird der Beginn des Versicherungsschutzes gemäß § 2 AVB dahingehend erweitert, dass wir auch für Versicherungsfälle leisten, die bereits vor dem policierten Versicherungsbeginn begonnen, aber noch nicht beendet worden sind.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Erstellung des Heil- und Kostenplans oder, sofern kein Heil- und Kostenplan erforderlich ist, mit der Heilbehandlungsmaßnahme und endet, wenn nach objektivem zahnmedizinischen Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.

Im Versicherungsfall der Zahnprophylaxe endet der Versicherungsfall dann, wenn die prophylaktische Behandlung nach objektivem zahnmedizinischem Ergebnis als abgeschlossen anzusehen ist.

In diesen Versicherungsfällen werden die Kosten ausschließlich für Behandlungen übernommen, die vor dem policierten Versicherungsbeginn noch nicht abgeschlossen sind. Als abgeschlossen gilt eine Behandlung, die bereits in Rechnung gestellt wurde.

1.2 Einschluss von bereits angeratenen oder geplanten Heilbehandlungsmaßnahmen

Im Ergänzungsbaustein ZAHN Sofort finden darüber hinaus die Leistungsausschlüsse gemäß § 2 AVB keine Anwendung für Heilbehandlungsmaßnahmen, deren Notwendigkeit bei Vertragsschluss bereits bekannt war bzw. die vor Vertragsschluss zahnärztlich angeraten aber noch nicht begonnen wurden. Gleiches gilt für bei Vertragsschluss fehlende und nicht ersetzte Zähne.

2 Leistungsumfang

Im Rahmen des Ergänzungsbausteins ZAHN Sofort richtet sich der Umfang sowie die prozentualen Erstattungshöhen der erstattungsfähigen Aufwendungen nach Ziffer 2 der Tarifbedingungen des zugrundeliegenden Tarifs ZAHN Smart, Komfort, Prestige oder Prestige Plus.

3 Leistungsbegrenzungen

3.1 Abweichend von den Leistungsbegrenzungen gemäß Ziffer 2.5 (ZAHN Smart) und Ziffer 2.7 (ZAHN Komfort, ZAHN Prestige, ZAHN Prestige Plus) der zugrundeliegenden Tarifbedingungen ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1 und 2 dieses Bedingungswerks bis zu einem Höchstbetrag von 1.500 EUR davon max. 750 EUR je Kalenderjahr.

Eine Leistung aus dem Ergänzungsbaustein ZAHN Sofort wird nicht auf die Leistungsbegrenzungen gemäß Ziffer 2.5 (ZAHN Smart) und Ziffer 2.7 (ZAHN Komfort, ZAHN Prestige, ZAHN Prestige Plus) angerechnet.

3.2 Abweichend von Ziffer 2.6 (Komfort, Prestige, Prestige Plus) der zugrundeliegenden Tarifbedingungen leisten wir in diesem Ergänzungsbaustein nicht für kieferorthopädische Behandlungen, die bereits vor Versicherungsbeginn begonnen oder erstmals angeraten worden sind.

Dieser Ausschluss gilt nicht für kieferorthopädische Behandlungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. In diesem Fall richtet sich die Erstattungsfähigkeit nach Ziff. 2.6 der zu Grunde liegenden Tarifbedingungen (Komfort, Prestige, Prestige Plus).

4 Wartezeiten

Abweichend von § 3 AVB entfallen in diesem Ergänzungsbaustein sämtliche Wartezeiten.

5 Beitrag

Der Beitrag ist unabhängig vom Alter und für alle Altersgruppen identisch.

§ 8b der AVB (Beitragsanpassung) findet keine Anwendung im ZAHN Sofort, d.h. die Beiträge verändern sich für die versicherte Person während der Laufzeit dieses Tarifs nicht.

6 Laufzeit

Die Vertragslaufzeit des Ergänzungsbausteins ZAHN Sofort beträgt 24 Monate. Die Mindestvertragslaufzeit des jeweiligen Grundtarifs ZAHN Smart, Komfort, Prestige oder Prestige Plus bleibt davon unberührt.

Abweichend von Ziffer 1 der zugrundeliegenden Tarifbedingungen ZAHN Smart, ZAHN Komfort, ZAHN Prestige oder ZAHN Prestige Plus sowie § 15 Abs. 3 AVB ist eine vorzeitige Beendigung aufgrund Wegfalles der Versicherungsfähigkeit nicht möglich, z. B. wenn die bestehende Versicherung in der GKV/freien Heilfürsorge beendet wird aufgrund Versicherung in der privaten Krankenvollversicherung oder Verzug ins Ausland.

Nach Ablauf der Vertragslaufzeit des Tarifs ZAHN Sofort endet dieser automatisch. Eine Verlängerung des Ergänzungsbaustein ZAHN Sofort ist nicht möglich.

Eine Beendigung des jeweiligen Grundtarifs ZAHN Smart, Komfort, Prestige oder Prestige Plus lässt den Bestand des Ergänzungsbausteins ZAHN Sofort bis zum Ablauf der vereinbarten Vertragslaufzeit unberührt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen der Bayerischen Beamten Versicherung AG für die Krankheitskostenversicherung, Krankenhaustagegeldversicherung und Kurtagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB)

(gültig nur zusammen mit den Tarifbedingungen der Bayerischen Beamten Versicherung AG) (Stand 01.03.2020)

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes . . . 2
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes . . . 2
§ 3 Wartezeiten . . . 3
§ 4 Umfang der Leistungspflicht . . . 3
§ 5 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz? . . . 3
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen . . . 4
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes . . . 4
§ 8 Beitragszahlung . . . 4
§ 8a Beitragsberechnung . . . 5
§ 8b Beitragsanpassung . . . 5
§ 9 Obliegenheiten . . . 5
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen . . . 5
§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte . . . 6
§ 12 Aufrechnung . . . 6
§ 13 Vertragsdauer / Kündigung durch den Versicherungsnehmer . . . 6
§ 14 Kündigung durch den Versicherer . . . 6
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe . . . 6
§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen . . . 6
§ 17 Gerichtsstand . . . 6
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen . . . 7

Anhang

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPG) . . . 7
Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) . . . 7

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

a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,

b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld,

c) in der Kurtagegeldversicherung bei stationärem Kuraufenthalt ein Kurtagegeld.

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

a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,

b) ein medizinisch notwendiger oder ein rechtmäßiger Schwangerschaftsabbruch sowie eine medizinisch notwendige Sterilisation,

c) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, auch wenn sie über die gesetzlich eingeführten Programme hinausgehen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),

d) ärztlich angeratene sowie von der ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes empfohlene Schutzimpfungen nach Maßgabe der tariflichen Bestimmungen,

e) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Tarif mit Tarifbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Soweit in den Tarifbedingungen nicht abweichend geregelt, erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Heilbehandlung in Europa (Länder der EU sowie Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraums sowie die Schweiz). Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs.3). Der Versicherer ist jedoch höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

Während der ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über diesen Zeitraum hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens jedoch für weitere drei Monate. Der Versicherer ist jedoch höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

(5) Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Für Personen mit durch Vorerkrankungen erhöhtem Risiko können bei Abschluss oder Erhöhung der Versicherung Risikozuschläge und/oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden.

(6) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, 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.

(7) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz nach Maßgabe von § 204 VVG (siehe Anhang) verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 5) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 5) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) 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) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz, auch für Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und Anomalien, 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.

(3) 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 und/oder ein Leistungsausschluss bzw. eine Leistungseinschränkung.

(4) Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet ein Jahr nach Versicherungsbeginn. Veränderungen des Versicherungsver-

* Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

hältnisses bleiben ohne Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.

Werden zu einer bestehenden Versicherung nachträglich Personen oder Tarife eingeschlossen, endet für diese das erste Versicherungsjahr mit dem Versicherungsjahr der bereits laufenden Versicherung.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht. 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 Partnerschaft beantragt wird.

(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate. Sie entfallen bei Unfällen.

(4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

(5) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt, die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen oder die Heilmittel erbracht werden. Soweit der Tarif jährliche betragsmäßige Festlegungen (z.B. Selbstbehalte oder Leistungshöchstsätze) vorsieht, gelten diese je versicherte Person für volle Kalenderjahre. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, ermäßigt sich der Betrag um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat. Im Kalenderjahr, in dem die Versicherung endet, mindert sich der Selbstbehalt bzw. ein tariflicher Höchstsatz nicht.

(2) Freie Behandlerwahl: Der versicherten Person steht in Deutschland die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten, den für ambulante Behandlungen liquidationsberechtigten approbierten Ärzten eines Krankenhauses, den zur ambulanten Heilbehandlung zugelassenen Ambulanzen eines Krankenhauses, welches die Voraussetzungen nach Absatz 4 erfüllt, den medizinischen Versorgungszentren nach § 95 SGB V, den niedergelassenen approbierten psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes frei. Im Ausland können die im jeweiligen Land zugelassenen Heilbehandler in Anspruch genommen werden.

Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie vom Behandler verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten: Nährmittel (außer bei Vorliegen einer Enzymmangelerkrankung oder Mukoviszidose) und Stärkungspräparate (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badezusätze, Kosmetika, Antikonzeptiva, Desinfektionsmittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

(3) Aufwendungen für Behandlungen durch die in Absatz 2 genannten Behandler und in den in Absatz 4 und Absatz 5 genannten Einrichtungen sowie für Verordnungen nach Absatz 3 sind nur erstattungsfähig, sofern der Tarif entsprechende Leistungen auch vorsieht (vgl. Abs. 1 S.1).

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen im versicherten Rahmen gewährt. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(6) Bei teil-, vor- und nachstationärer Heilbehandlung sowie bei einer stationären Heilbehandlung im Sanitätszentrum der Bundeswehr besteht kein Anspruch auf Krankenhaustagegeld bzw. Ersatzkrankenhaustagegeld.

(7) Der Versicherer leistet im vertraglichen 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.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch kriegerische Ereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Die Leistungspflicht entfällt nicht, soweit die Krankheit, der Unfall oder der Todesfall im Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eintritt, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb Deutschlands ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Versicherungsschutz besteht jedoch für Terrorakte in Deutschland, die in keinem unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen in Deutschland stehen sowie für Terrorakte außerhalb von Deutschland, auch wenn sie in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stehen, sofern die versicherte Person an den kriegerischen Ereignissen oder Terrorakten nicht aktiv beteiligt war.

b) für auf Vorsatz oder Sucht beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.

c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, de-

ren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

e) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

f) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;

g) für die Teile der Behandlungsrechnung, die den Bestimmungen der gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte und Psychotherapeuten bzw. dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten, falls der Tarif nichts anderes vorsieht. Dies gilt bei einer Behandlung im Ausland entsprechend, sofern die ortsüblichen Sätze überschritten werden.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge, ersetzt der Versicherer unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld oder Kurtagegeld, nur die durch diese gesetzlichen Leistungen nicht abgegoltenen Aufwendungen.

(4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Rechnungszweitschriften mit Erstattungsvermerken eines anderen Versicherungsträgers werden Originalen gleichgestellt. Die Rechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Arztes (bei Behandlungen im Inland: mit Nummern des Gebührenverzeichnisses, hierfür in Rechnung gestellten Steigerungssätzen) und jeweiligem Behandlungsdatum. Wird nur Krankenhaustagegeld bzw. Kurtagegeld beansprucht, genügt eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses bzw. der Kurklinik mit dem Namen der behandelten Person über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes bzw. des Kuraufenthaltes und die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose).

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

(3) 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.

(4) 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 für gehandelte Währungen 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, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.

(5) Kosten für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden; Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen können abgezogen werden, wenn der Versicherungsnehmer kein Inlandskonto benannt hat.

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Ist ein Krankenhausausweis ausgegeben worden, aufgrund dessen mit einem Leistungserbringer direkt abgerechnet werden kann, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Die Beiträge sind am Ersten des betreffenden Monats fällig. Ihre Höhe ergibt sich aus dem Versicherungsschein in Verbindung mit der für den Tarif gültigen Tarifprämientabelle. Wird der Beitrag während des Versicherungsjahres nach Maßgabe von § 8b neu festgesetzt, ist der neue Beitrag vom Änderungszeitpunkt an zu zahlen. Wurden Beiträge bereits im Voraus gezahlt, ist der Unterschiedsbetrag nachzuzahlen- bzw. zurückzuzahlen.

(2) Beginnt eine Versicherung nicht am Ersten eines Monats oder endet eine Versicherung nicht zum Ende eines Monats, wird der Beitrag für diese Monate nur anteilig erhoben.

(3) entfällt

(4) entfällt

(5) Der erste Beitrag ist innerhalb von zwei Wochen nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

Ist Lastschriftverfahren vereinbart, gilt der erste Beitrag bis zum Eingang der Lastschrift beim Geldinstitut als gestundet.

(6) entfällt

(7) 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. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen. Ist ein Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren erhoben werden.

(8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu.

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

§ 8a Beitragsberechnung

(1) Die Versicherung wird nach Art der Schadenversicherung betrieben; eine Alterungsrückstellung wird nicht gebildet.

(2) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(3) Der Beitrag richtet sich nach der Beitragsgruppe des erreichten Alters. Die Beitragsgruppen können aus einem einzigen Alter bestehen oder mehrere Alter umfassen. Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bei Vertragsschluss die Beitragsgruppen und die zugehörigen Beiträge mit. Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Erreicht die versicherte Person zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres das erste Alter der jeweils folgenden Beitragsgruppe, ist der für diese Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen.

(4) Bei Beitragsänderungen, auch durch Eintritt in eine andere Beitragsgruppe, kann der Versicherer besonders vereinbarte Risikozuschläge im Verhältnis der Veränderung anpassen.

(5) 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.

(6) Der Beitrag richtet sich nach der Zahlweise und dem Zahlweg. Ändert sich während der Laufzeit des Vertrages eines dieser Merkmale berechnen wir den Beitrag neu. Dies kann zu einer Beitragssenkung oder zu einer Beitragserhöhung führen.

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern.

Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt die Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders angepasst. Beträgt die Abweichung mehr als 5 %, können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders angepasst werden. Unter den gleichen Voraussetzungen können auch betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligungen, im Tarif vorgesehene Ersatzkrankenhaustagegelder oder vereinbarte Risikozuschläge entsprechend geändert werden.

Als Beobachtungseinheiten kommen grundsätzlich Erwachsene, Jugendliche und Kinder in Betracht.

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

(3) Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) 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.

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

(4) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

(5) Weitere, besondere Obliegenheiten können sich aus den Versicherungsbedingungen für den jeweils vereinbarten Tarif ergeben.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Abs. 4 und 5 genannten Obliegeneiten verletzt, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges 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) 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) 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) 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.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Vertragsdauer / Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn der Versicherungsnehmer ihn nicht mit einer Frist von einem Monat vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich gekündigt hat. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses (z.B. Tarifwechsel, Altersgruppenwechsel) haben keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.

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

(3) 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) Erhöht der Versicherer die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel (§ 8 b Abs. 1) oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an 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) 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.

(6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt; eine danach zulässige Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(3) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) 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) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 6 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.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versiche rer bedürfen der Textform (z. B. per Anschreiben, Fax, E-Mail).

§ 17 Gerichtsstand

(1) 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.

(2) 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.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder die Schweiz ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 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) 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.

Anhang

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen der Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.

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

(3) 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.

Auszug aus dem 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 Umfanges der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

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

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

§ 19 Anzeigepflicht

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach 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 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.

§ 204 Tarifwechsel

Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser 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 Leistungsausschluss 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.

DSGVO Information für Kunden der Bayerischen

(Stand 05/2018)

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung
Den jeweils Verantwortlichen entnehmen Sie bitte Ihren Vertragsunterlagen:

BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG
Thomas-Dehler-Str. 25
81737 München
Tel. 089 / 6787-0
Fax 089 / 6787-9150
E-Mail info@diebayerische.de

Unsere Datenschutzbeauftragte erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter:
datenschutz@diebayerische.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
https://www.diebayerische.de/media/pdf_dateien_1/datenschutz/code_of_conduct_09-12.pdf 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 Versicherungsgesellschaft der Bayerischen 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 personen-bezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) 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,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Gruppe die Bayerische 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.

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 zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Unter anderem ist die General Reinsurance AG für uns als Rückversicherer tätig. Nähere Informationen stellt Ihnen diese hier zur Verfügung:

http://media.genre.com/documents/PN_Art14_DEUTSCH_20180411.pdf. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

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 Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste https://www.diebayerische.de/media/pdf_dateien_1/49_1/490010_dienstleisterliste.pdf finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

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

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auf-tragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter https://www.diebayerische.de/media/pdf_dateien_1/49_1/490010_dienstleisterliste.pdf entnehmen.

Schadenregulierung in der Rechtsschutzversicherung:

Wir übermitteln Ihre Daten zum Zweck der Schadenregulierung an die Jurpartner Services GmbH als unser Schadenabwicklungsunternehmen nach § 164 VAG. Rechtsgrundlage dieser Übermittlungen sind Art. 6 Abs. 1b) und f) DSGVO. Übermittlungen auf Grundlage dieser Bestimmungen dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrnehmung berechtigter Interessen unseres Unternehmens erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Detaillierte Informationen zur Jurpartner Services GmbH und den Einzelheiten der Datenverarbeitung finden Sie unter:

https://www.rolandrechtschutz.de/media/rechtsschutz/pdf/datenschutz_1/JPS-Informationsblatt.pdf

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 Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse 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 ma-schinenlesbaren 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.

Verarbeiten wir Ihre Daten aufgrund Ihrer Einwilligung, so können Sie die Einwilligung jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

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:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht
Postfach 606 | 91511 Ansbach | Deutschland

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft. Die BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich. Nähere Informationen dazu finden Sie unter:

https://www.informa-his.de/fileadmin/HIS/Informationsblatt_EU-DSGVO_Anfrage.pdf

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. zur Mitnahme eines Schadensfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) 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 Auskunfteien (z.B. infoscore Consumer Data GmbH) Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Nähere Informationen über die infoscore Consumer Data GmbH finden Sie unter:

https://finance.arvato.com/icdinfoblatt

die Bayerische

Dienstleisterliste der Bayerischen

Die Bayerische arbeitet in verschiedenen Bereichen mit Dienstleistern. Damit Sie sich einen Überblick verschaffen können, an wen wir Daten zu diesen Zwecken übermitteln, stellen wir Ihnen diese in einer Übersicht vor. In der Kranken-, Lebens- und Unfallversicherung kann dies auch Gesundheitsdaten oder nach § 203 StGB geschützte personenbezogene Daten betreffen. Das bedeutet jedoch nicht, dass Ihre Daten an alle Dienstleister weitergegeben werden.

Gesellschaften	Dienstleister	Gegenstand/ Zweck der Beauftragung
Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG Bayerische Beamten Versicherung AG	Bayerische Beamten Lebensversicherung a.G.	■ zentrale Funktionen, insbesondere Inkasso, interne Revision, Rechtsabteilung und Datenschutz , telefonischer Kundenservice
Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG	Bayerische Beamten Lebensversicherung a.G. Interassistance GmbH	■ Bestandsverwaltung , Risikoprüfung, Leistungsbearbeitung ■ Risikovoranfragen
Bayerische Beamten Versicherung AG	Bayerische Beamten Lebensversicherung a.G.	■ Risikoprüfung bei Multi PROTECT und Leistungsprüfung in bestimmten Fällen
Bayerische Beamten Lebensversicherung a.G. Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG Bayerische Beamten Versicherung AG	Die Bayerische IT GmbH Emergion Media GmbH Sirius Inkasso GmbH Dr. Frühwein Service GmbH GDV Dienstleistungs GmbH & Co. KG	■ Sämtliche IT-Dienstleistungen und elektronische Datenverarbeitung ■ Erstellung des Druckoutputs ■ Forderungsinkasso ■ Medizinische Beratung bei der Risiko- und Leistungsprüfung ■ Branchennetz, Zentralruf der Versicherer, Elektronische Versicherungsbestätigungen
Bayerische Beamten Versicherung AG	GSC Service- und Controlling GmbH Almeda GmbH Jurpartner Services Ges. für Rechtsschutzschadenregulierung mbH Travel Protect	■ Leistungsprüfung Krankenzusatzversicherung ■ Assistance- Leistungen in der Unfallversicherung ■ Schadenregulierung Rechtsschutz ■ Vertrieb, Verwaltung und Schadenregulierung von Reiserücktritts- und reisekrankenversicherungen

Jeder Betroffene kann der Übermittlung seiner Daten an die oben genannten Dienstleister widersprechen. Nach Art. 22 Abs. 3 des CoC unterbleibt in diesem Fall die Datenübermittlung, wenn eine Prüfung ergibt, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen wegen seiner besonderen persönlichen Situation das Interesse der Bayerischen überwiegt.

>>> nächste Seite

Bayerische Beamten Lebensversicherung a.G.
Aufsichtsratsvorsitzender: Erwin Flieger;
Vorstand: Dr. Herbert Schneidemann (Vorsitzender),
Martin Gräfer, Thomas Heigl.
Sitz und Registergericht: München; Reg.-Nr. HR B 262

Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG
Aufsichtsratsvorsitzender: Erwin Flieger;
Vorstand: Dr. Herbert Schneidemann (Vorsitzender),
Martin Gräfer, Thomas Heigl.
Sitz und Registergericht: München; Reg.-Nr. HR B 81283

Bayerische Beamten Versicherung AG
Aufsichtsratsvorsitzender: Erwin Flieger;
Vorstand: Martin Gräfer (Vorsitzender), Thomas Heigl,
Dr. Herbert Schneidemann.
Sitz und Registergericht: München; Reg.-Nr. HR B 41 186

Kategorien von Dienstleistern, bei denen die Verarbeitung von personenbezogenen Daten kein Hauptgegenstand des Auftrags ist und Auftragnehmer, die nur gelegentlich tätig werden:

Versicherungsgesellschaft	Dienstleisterkategorie	Gegenstand/ Zweck der Beauftragung
Bayerische Beamten Lebensversicherung a.G. Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG	Gutachter und Sachverständige (Ärzte, Psychologen, Psychiater), Sachverständige für Berufskunde	■ Erstellung von medizinischen und berufskundlichen Gutachten, medizinische Beratung bei der Risiko- und Leistungsprüfung
	Medizinischer und berufskundlicher Beratungsdienst von Rückversicherungsgesellschaften	■ Erstellung von Stellungnahmen nach Aktenlage und berufskundlicher Gutachten sowie Außenregulierung
	Medizinische Dienstleister	■ Medizinische Hausbesuche zur Risikoprüfung und Aufnahme von Leistungsanträgen
	Rehadienste, Dienstleister für Hilfs- und Pflegeleistungen	■ Assistance- Leistungen
	Marktforschungsunternehmen	■ Marktforschung, Kundenbefragung
	Ratingagenturen	■ Unternehmensrating
Bayerische Beamten Lebensversicherung a.G. Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG Bayerische Beamten Versicherung AG	Dienstleister für Druck, Kuvertierung und Versand	■ Durchführung von Postversand-Aktionen
	Rückversicherungen	■ Rückversicherungsgeschäft
	Entsorger	■ Vernichtung von vertraulichen Dokumenten und Hardware
	Adressermittlung	■ Adressüberprüfung
	Wirtschaftsprüfer	■ Buchprüfung
	Rechtsanwälte	■ Rechtsberatung, Rechtsverfolgung
Bayerische Beamten Versicherung AG	Versicherungsvertriebe, Assekuradeure	■ Vertragsverwaltung, Inkasso,
	Infoscore Consumer data GmbH	■ Bonitätsprüfung
	Dienstleister in Schadenfällen	■ Überprüfung von Rechnungen, Kostenvoranschlägen und Gutachten ■ Vermittlung von Reparaturaufträgen
	Werkstätten, Handwerker	■ Reparaturen, Sanierungen und Dienstleistungen im Zusammenhang mit der Schadenregulierung

Jeder Betroffene kann der Übermittlung seiner Daten an die oben genannten Dienstleister widersprechen. Nach Art. 22 Abs. 3 des CoC unterbleibt in diesem Fall die Datenübermittlung, wenn eine Prüfung ergibt, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen wegen seiner besonderen persönlichen Situation das Interesse der Bayerischen überwiegt.

Gesellschaften, die in gemeinsamen Datenbanken Ihre Stammdaten verarbeiten und in gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren nutzen:

Bayerische Beamten Lebensversicherung a.G.
Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG
Bayerische Beamten Versicherung AG

Bayerische Beamten Lebensversicherung a.G.
Aufsichtsratsvorsitzender: Erwin Flieger;
Vorstand: Dr. Herbert Schneidemann (Vorsitzender), Martin Gräfer, Thomas Heigl.
Sitz und Registergericht: München; Reg.-Nr. HR B 262

Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG
Aufsichtsratsvorsitzender: Erwin Flieger;
Vorstand: Dr. Herbert Schneidemann (Vorsitzender), Martin Gräfer, Thomas Heigl.
Sitz und Registergericht: München; Reg.-Nr. HR B 81283

Bayerische Beamten Versicherung AG
Aufsichtsratsvorsitzender: Erwin Flieger;
Vorstand: Martin Gräfer (Vorsitzender), Thomas Heigl, Dr. Herbert Schneidemann.
Sitz und Registergericht: München; Reg.-Nr. HR B 41 186