

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



CONCORDIA
Krankenversicherungs-AG

Unternehmen: Concordia Krankenversicherungs-AG
Deutschland

BaFin-Registrierungs-Nr.: 4118

Tarif ZAHN PLUS

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif ZAHN PLUS. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, bestehend aus Teil I (Musterbedingungen MB/KK 2013), Teil II (Tarifbedingungen TB/KK) und Teil III (Tarifbedingungen für den Tarif ZAHN PLUS), dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Zahnzusatzversicherung für Personen, die bei der Concordia Krankenversicherungs-AG nach den Tarifen ZT und ZB versichert sind. Sie sichert Sie gegen das zahnärztliche Krankheitskostenrisiko bei Zahnprophylaxe, Zahnbehandlungen, Zahnersatz, Kieferorthopädie, schmerz- und angstlindernden sowie zahnaufhellenden Maßnahmen ab.



Was ist versichert?

- ✓ Zahnprophylaxe, z. B. professionelle Zahnreinigung, Entfernung weicher und harter Zahnbeläge, Versiegelung sowie Fluoridierung.
- ✓ Aufwendungen für Zahnbehandlungen, z. B. plastische Füllungen, Wurzelkanalbehandlungen, Wurzelspitzenresektion, parodontologische Leistungen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen.
- ✓ Aufwendungen für Zahnersatz einschließlich vorbereitende therapeutische und diagnostische Leistungen, das Erstellen eines Heil- und Kostenplans, funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen, implantologische Leistungen sowie zahntechnische Laborarbeiten und Materialien.
- ✓ Kieferorthopädie.
- ✓ Schmerz- und angstlindernde Maßnahmen, z. B. Vollnarkose, Akupunktur, Hypnose.
- ✓ Zahnaufhellende Maßnahmen, z. B. Bleaching.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2013, TB/KK), insbesondere in § 5 MB/KK 2013.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Aufwendungen für Zahnprophylaxe, Zahnbehandlungen Zahnersatz, Kieferorthopädie, schmerz- und angstlindernde Maßnahmen sowie zahnaufhellende Maßnahmen sind auf den Höchstsatz der amtlichen Gebührenordnung begrenzt.
- ! Die Aufwendungen für Zahnprophylaxe werden höchstens bis zu 200 € je Versicherungsjahr erstattet.
- ! Bei Leistungserbringern ohne Kassenzulassung wird der Erstattungsbetrag bei Zahnersatz sowie Kieferorthopädie (falls ein Anspruch gegenüber der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge besteht) um 30% gekürzt.
- ! Bei Personen, die bei kieferorthopädischen Behandlungen keinen Leistungsanspruch gegenüber der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge haben, gilt ein absoluter Höchstbetrag für die gesamte kieferorthopädische Behandlung.
- ! In den ersten drei Versicherungsjahren gelten für Zahnersatzmaßnahmen sowie kieferorthopädische Behandlungen Erstattungshöchstbeträge, bei bestehender Vorversicherung gelten die Erstattungshöchstbeträge nur in den ersten zwei Versicherungsjahren.

- ! Die Aufwendungen für zahnaufhellende Maßnahmen werden höchstens bis zu 500 € innerhalb von vier Versicherungsjahren erstattet.

Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2013, TB/KK), insbesondere in den §§ 4 und 5 MB/KK 2013 sowie im Tarif ZAHN PLUS.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa.
- ✓ Außerhalb Europas können Leistungserbringer bis zu drei Monate in Anspruch genommen werden.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und ist am Ersten eines jeden Monats fällig.
- Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.
- Verspätete Beitragszahlungen können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen und ein außerordentliches Kündigungsrecht des Versicherers begründen.
- Die Beiträge müssen Sie an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle entrichten.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Versicherungsbeginn ist jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet, wenn die versicherte Person stirbt oder ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der Europäischen Union oder im Europäischen Wirtschaftsraum aufgibt.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von 1 Versicherungsjahr kündigen. Das Versicherungsjahr ist mit dem Kalenderjahr identisch. Nach Ablauf der Mindestvertragsdauer können Sie das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Kalendermonats mit einer Frist von einem Monat kündigen.
- Erhöhen sich die Beiträge ohne Änderung des Leistungsumfangs, können Sie Ihren Vertrag für die betroffene versicherte Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.
- Erhöhen sich die Beiträge, weil Sie durch Erreichen eines bestimmten Lebensalters einer anderen Altersgruppe zugeordnet werden, können Sie Ihren Vertrag für die betroffene versicherte Person innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen.



Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif ZB. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, bestehend aus Teil I (Musterbedingungen MB/KK 2013), Teil II (Tarifbedingungen TB/KK) und Teil III (Tarifbedingungen für den Tarif ZB), dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Zahnzusatzversicherung für Personen, die bei der Concordia Krankenversicherungs-AG nach einem der Tarife AZ ZAHN, ZE oder ZT versichert sind. Sie sichert Sie gegen das zahnärztliche Krankheitskostenrisiko bei Zahnbehandlungen, Zahnprophylaxe sowie Kieferorthopädie ab.



Was ist versichert?

- ✓ Aufwendungen für Zahnbehandlungen, z. B. plastische Füllungen, Wurzelkanalbehandlungen, Wurzelspitzenresektion, parodontologische Leistungen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen.
- ✓ Zahnprophylaxe, z. B. professionelle Zahnreinigung, Entfernung weicher und harter Zahnbeläge, Versiegelung sowie Fluoridierung.
- ✓ Kieferorthopädie.
- ✓ Aufwendungen für Anästhesie bei gleichzeitiger Entfernung von mehr als zwei Weisheitszähnen.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Zahnärztliche Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind.
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2013, TB/KK), insbesondere in § 5 MB/KK 2013.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Aufwendungen für Zahnbehandlungen, Zahnprophylaxe sowie Kieferorthopädie sind auf den Höchstsatz der amtlichen Gebührenordnung begrenzt.
- ! Die Aufwendungen für Zahnprophylaxe werden höchstens bis zu 150 € innerhalb von zwei Versicherungsjahren erstattet.
- ! Die Erstattung von kieferorthopädischen Leistungen ist auf 80 % und zudem auf absolute Höchstbeträge je Kiefer für die gesamte kieferorthopädische Behandlung begrenzt.
- ! Anästhesiekosten sind höchstens bis zu 500 € erstattungsfähig.
- ! In den ersten vier Versicherungsjahren gelten Erstattungshöchstbeträge.
- ! Bei Zahnärzten ohne Kassenzulassung wird der Erstattungsbetrag bei Zahnbehandlungen sowie Anästhesie um 30% gekürzt.
- ! Kieferorthopädische Leistungen sind nur dann erstattungsfähig, sofern ein Kieferorthopäde mit Kassenzulassung gewählt wird.

Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2013, TB/KK), insbesondere in den §§ 4 und 5 MB/KK 2013 sowie im Tarif ZB.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa.
- ✓ Außerhalb Europas können Leistungserbringer bis zu drei Monate in Anspruch genommen werden.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und ist am Ersten eines jeden Monats fällig.
- Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.
- Verspätete Beitragszahlungen können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen und ein außerordentliches Kündigungsrecht des Versicherers begründen.
- Die Beiträge müssen Sie an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle entrichten.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Versicherungsbeginn ist jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet, wenn die versicherte Person stirbt oder ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der Europäischen Union oder im Europäischen Wirtschaftsraum aufgibt.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von 2 Versicherungsjahren, kündigen. Das Versicherungsjahr ist mit dem Kalenderjahr identisch. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- Erhöhen sich die Beiträge ohne Änderung des Leistungsumfangs, können Sie Ihren Vertrag für die betroffene versicherte Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.
- Erhöhen sich die Beiträge, weil Sie durch Erreichen eines bestimmten Lebensalters einer anderen Altersgruppe zugeordnet werden, können Sie Ihren Vertrag für die betroffene versicherte Person innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen.



Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif ZT. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, bestehend aus Teil I (Musterbedingungen MB/KK 2013), Teil II (Tarifbedingungen TB/KK) und Teil III (Tarifbedingungen für den Tarif ZT), dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Zahnzusatzversicherung. Sie sichert Sie gegen das zahnärztliche Krankheitskostenrisiko bei Zahnersatzbehandlungen ab.



Was ist versichert?

- ✓ Aufwendungen für Zahnersatz einschließlich vorbereitende therapeutische und diagnostische Leistungen, das Erstellen eines Heil- und Kostenplans, funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen, implantologische Leistungen sowie zahntechnische Laborarbeiten und Materialien.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Zahnärztliche Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind.
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2013, TB/KK), insbesondere in § 5 MB/KK 2013.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Aufwendungen für Zahnersatz sind auf den Höchstsatz der amtlichen Gebührenordnung begrenzt.
- ! Die Erstattung ist inkl. Vorleistung der GKV, der freien Heilfürsorge sowie anderer Zahnersatztarife auf 80 % begrenzt. Wird durch das Bonusheft nachgewiesen, dass in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung Vorsorgeuntersuchungen zur Gesunderhaltung der Zähne stattgefunden haben, erhöht sich die Erstattung auf 85 %. Der erhöhte Erstattungssatz gilt nicht für Inlays und Onlays.
- ! In den ersten vier Versicherungsjahren gelten Erstattungshöchstbeträge.
- ! Bei Zahnärzten ohne Kassenzulassung wird der Erstattungsbetrag um 30% gekürzt.

Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2013, TB/KK), insbesondere in den §§ 4 und 5 MB/KK 2013 sowie im Tarif ZT.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa.
- ✓ Außerhalb Europas können Leistungserbringer bis zu drei Monate in Anspruch genommen werden.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und ist am Ersten eines jeden Monats fällig.
- Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.
- Verspätete Beitragszahlungen können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen und ein außerordentliches Kündigungsrecht des Versicherers begründen.
- Die Beiträge müssen Sie an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle entrichten.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Versicherungsbeginn ist jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet, wenn die versicherte Person stirbt oder ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der Europäischen Union oder im Europäischen Wirtschaftsraum aufgibt.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von 2 Versicherungsjahren, kündigen. Das Versicherungsjahr ist mit dem Kalenderjahr identisch. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- Erhöhen sich die Beiträge ohne Änderung des Leistungsumfangs, können Sie Ihren Vertrag für die betroffene versicherte Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.
- Erhöhen sich die Beiträge, weil Sie durch Erreichen eines bestimmten Lebensalters einer anderen Altersgruppe zugeordnet werden, können Sie Ihren Vertrag für die betroffene versicherte Person innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen.

Tarif ZB

Zahnzusatzversicherung Zahnbehandlung (ZB)

Geschlechtsunabhängig kalkulierter Tarif (Unisex-Tarif)

Teil III Tarife

Zahnbehandlung

Der Tarif ZB gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, gültig für geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife (Unisex-Tarife), bestehend aus

Teil I – Musterbedingungen 2013 (MB/KK 2013),

Teil II – Tarifbedingungen (TB/KK) und den Ergänzungen zu den Muster- und Tarifbedingungen nach Teil I und Teil II für die Tarife ZE, ZT sowie ZB.

1. Aufnahmefähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder im Rahmen der Familienversicherung bei einem deutschen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind, Anspruch auf freie Heilfürsorge haben und zusätzlich bei der Concordia Krankenversicherungs-AG nach einem der Tarife AZ ZAHN, ZE oder ZT versichert sind. Endet das Versicherungsverhältnis nach den genannten Tarifen, so endet zum gleichen Zeitpunkt auch das Versicherungsverhältnis nach dem Tarif ZB.

Die besondere Wartezeit beträgt für die nachfolgend beschriebenen, tariflichen Leistungen acht Monate.

2. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Kieferorthopädie und Anästhesie.

a) Zahnbehandlung

Der Versicherer erstattet bei Zahnbehandlung (ohne Inlays und Onlays) im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, zusammen mit den Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. der freien Heilfürsorge max. 100 %.

Als Zahnbehandlung gelten konservierende Leistungen (z. B. plastische Füllungen, Behandlung überempfindlicher Zahnflächen, Wurzelkanalbehandlungen), ausgenommen Inlays und Onlays; chirurgische Leistungen einschließlich Wundrevision sowie Nachbehandlung (z. B. Wurzelspitzenresektion, Zahnkeimentfernung); parodontologische Leistungen (z. B. Bestimmung des Parodontalstatus, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime, Weichgewebsmaßnahmen z. B. Abtragung sowie chirurgische Wiederherstellung des Zahnfleisches, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte) sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen („Knirscherschiene“) einschließlich funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen.

Die Behandlung muss im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen. Privatärztliche Rechnungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn die medizinisch notwendige Behandlung nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden kann.

b) Zahnprophylaxe

Der Versicherer erstattet bei Zahnprophylaxe 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, zusammen mit den Leistungen der GKV bzw. der freien Heilfürsorge max. 100 %. Die Erstattungsleistungen sind auf 150 € innerhalb von zwei Versicherungsjahren beschränkt. Als Zahnprophylaxe gelten professionelle Zahnreinigung, Entfernung weicher und harter Zahnbeläge, Versiegelung (auch Fissurenversiegelung), Fluoridierung, Speicheltest zur Keimbestimmung, Kariesrisikodiagnostik sowie Erstellung eines Mundhygienestatus und weitere Kontrollen des Übungserfolges.

c) Kieferorthopädie

Für kieferorthopädische Behandlungen werden im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bei medizinisch notwendiger kieferorthopädischer Behandlung für die Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen einschließlich der zugehörigen Material- und Laborkosten 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages erstattet, zusammen mit den Leistungen der GKV bzw. der freien Heilfürsorge maximal 100 %.

Soweit für die Behandlung kein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV bzw. der freien Heilfürsorge besteht, sind die Erstattungen auf insgesamt 2.000 € je behandeltem Kiefer für die gesamte kieferorthopädische Behandlung begrenzt.

Besteht ein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV bzw. der freien Heilfürsorge, werden die unter diesen Leistungsanspruch fallenden Mehrkosten zu 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages erstattet, sofern eine medizinische Notwendigkeit vorliegt. Die Erstattungen sind hierbei auf insgesamt 600 € je behandeltem Kiefer für die gesamte kieferorthopädische Behandlung begrenzt.

Bei Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt in der GKV bzw. der freien Heilfürsorge eine Einstufung der Zahn- und Kieferfehlstellungen je nach Schwere in sog. Kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG 1 bis 5). Bei Einstufung in eine der KIG-Gruppen 3, 4 oder 5 besteht ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV bzw. der freien Heilfürsorge. Kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV bzw. der freien Heilfürsorge besteht z. B. bei Einstufungen in KIG 1 bzw. KIG 2 oder bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres.

Die bei der GKV bzw. der freien Heilfürsorge einzureichenden Heil- und Kostenpläne sind dem Versicherer in Kopie zuzustellen. Im Fall einer kieferorthopädischen Behandlung zählt hierzu auch die KIG-Einstufung durch den Leistungserbringer.

d) Anästhesie

Im Rahmen einer medizinisch notwendigen, gleichzeitigen Entfernung von mehr als zwei Weisheitszähnen erstattet der Versicherer die nicht durch die GKV bzw. der freien Heilfürsorge erstatteten Narkosekosten zu 100 % mit einem maximalen Erstattungsbetrag von 500 €.

3. Leistungserbringer

Für zahnärztliche Behandlungen gemäß 2a und 2d dieses Tarifs (Zahnbehandlung, Anästhesiekosten) wird bei Zahnärzten ohne Kassenzulassung der Erstattungsbetrag pauschal um 30 % gekürzt. Bei Zahnärzten mit Kassenzulassung sind die Vorleistungen der GKV bzw. der freien Heilfürsorge in Anspruch zu nehmen.

Für kieferorthopädische Leistungen entfällt bei Kieferorthopäden ohne Kassenzulassung der Leistungsanspruch.

4. Erstattungshöchstbeträge

Die Erstattung wird in den ersten vier Versicherungsjahren wie folgt begrenzt:

1. Versicherungsjahr	250 €
2. Versicherungsjahr	500 €
3. Versicherungsjahr	1.000 €
4. Versicherungsjahr	1.500 €

Die Erstattungshöchstbeträge entfallen bei nachgewiesenen, unfallbedingten Aufwendungen.

5. Pflichten des Versicherungsnehmers

Die Beitragszahlung erfolgt gemäß den Regelungen von § 8 der Muster- und Tarifbedingungen nach Teil I und Teil II sowie den Ergänzungen zu den Muster- und Tarifbedingungen nach Teil I und Teil II für die Tarife ZE, ZT sowie ZB.

6. Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen von § 18 Abs. 1 der AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Erstattungshöchstbeträge und -sätze mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders anzuheben. Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

Tarif ZE / ZT

Zahnezusatzversicherung

Zahnersatz (ZE) und Zahnersatz-Top (ZT)

Geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife (Unisex-Tarife)

Teil III Tarife

Zahnersatz

Die Tarife ZE und ZT gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-tagegeldversicherung für geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife (Unisex-Tarife), bestehend aus

Teil I – Musterbedingungen 2013 (MB/KK 2013),
 Teil II – Tarifbedingungen (TB/KK) und den
 Ergänzungen zu den Muster- und Tarifbedingungen nach
 Teil I und Teil II für die Tarife ZE, ZT sowie ZB.

1. Aufnahmefähigkeit

In diese Tarife können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder im Rahmen der Familienversicherung bei einem deutschen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind bzw. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben.

Die besondere Wartezeit beträgt für die nachfolgend beschriebenen, tariflichen Leistungen acht Monate.

2. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Teilkronen, Zahnbrücken, Stiftaufbauten, Inlays, Onlays, Implantate und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen), vorbereitende therapeutische und diagnostische Leistungen, das Erstellen eines Heil- und Kostenplanes, funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen, implantologische Leistungen sowie zahn technische Laborarbeiten und Materialien. Ebenfalls erstattungsfähig sind Aufwendungen für Verblendungen (auch Keramikverblendungen) bis einschließlich Zahn 8.

Zu den implantologischen Leistungen zählen die zahnärztlichen Leistungen der Diagnostik (implantatbezogene Analyse, Röntgenaufnahmen, Röntgenschablonen), die Implantation, die Freilegung des Implantates sowie alle mit der Implantation im Zusammenhang stehenden Weichgewebs- und knochen aufbauenden Maßnahmen.

Die oben genannten Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen für Zahnersatz sowie für besonders berechnete zahn technische Laborleistungen werden wie folgt erstattet:

Gesamtleistung (inkl. Vorleistung)	
ZE	ZT
40 %	80 %
45 % ^{*)}	85 % ^{*)}

^{*)} Weist der Versicherte durch ein Bonusheft bzw. durch Nachweis in der Leistungsabrechnung der GKV nach, dass er in den letzten 10 Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung an Vorsorgeuntersuchungen zur Gesunderhaltung der Zähne teilgenommen hat, erhöht sich der maximale Erstattungssatz auf 45 % (ZE) bzw. 85 % (ZT). Dies gilt nicht für Inlays und Onlays.

Wählen die Versicherten keinen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 SGB V hinausgehenden Zahnersatz, werden die oben genannten Aufwendungen zu 100 % erstattet.

Leistungen der GKV bzw. der freien Heilfürsorge und Leistungen anderer Zahnersatztarife werden vom Erstattungsbetrag abgezogen. Soweit Ansprüche gegenüber der GKV bzw. der freien Heilfürsorge bestehen, sind diese wahrzunehmen. Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge über die gewährten Leistungen sind einzureichen. Die Leistungen der GKV bzw. der freien Heilfürsorge müssen jeweils zuerst in Anspruch genommen werden.

Als Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge gilt der befundbezogene Festzuschuss für die Zahnersatz-Regelversorgung. Für Inlays und Onlays gelten die Vorleistungen für konservierende Leistungen gemäß § 28 Abs. 2 SGB V. Der Erstattungsbetrag ist insgesamt auf 100 % des Rechnungsbetrages begrenzt.

3. Leistungserbringer

Bei Zahnärzten ohne Kassenzulassung wird der Erstattungsbetrag pauschal um 30 % gekürzt.

4. Erstattungshöchstbeträge

Die Erstattung wird in den ersten vier Versicherungsjahren wie folgt begrenzt:

1. Versicherungsjahr	500 €
2. Versicherungsjahr	1.000 €
3. Versicherungsjahr	1.500 €
4. Versicherungsjahr	2.000 €

Die Erstattungshöchstbeträge entfallen bei nachgewiesenen, unfall bedingten Aufwendungen.

5. Pflichten des Versicherungsnehmers

Die Beitragszahlung erfolgt gemäß den Regelungen von § 8 der Muster- und Tarifbedingungen nach Teil I und Teil II sowie den Ergänzungen zu den Muster- und Tarifbedingungen nach Teil I und Teil II für die Tarife ZE, ZT sowie ZB.

6. Fortfall der Versicherungsfähigkeit und Ende der Versicherung

Die Versicherungsfähigkeit und der Leistungsanspruch nach diesen Tarifen entfallen mit Ablauf des Monats, in dem die Mitgliedschaft oder der Anspruch auf Familienversicherung bei einem Träger der GKV bzw. der freien Heilfürsorge endet. Für eine rückwirkende Vertragsaufhebung hat der Versicherungsnehmer eine Kündigung binnen drei Monaten nach Beendigung der Versicherungsfähigkeit auszusprechen. Eine spätere Kündigung wird zum Ende des Monats wirksam, in dem der Fortfall der Voraussetzung nachgewiesen wird.

7. Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen von § 18 Abs. 1 der AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Erstattungshöchstbeträge und -sätze mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders anzuheben. Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

Tarif ZAHN PLUS

Zahnezusatzversicherung zu den Concordia-Tarifen ZT und ZB

Geschlechtsunabhängig kalkulierter Tarif (Unisex-Tarif)

Teil III Tarife

Zahnezusatzversicherung zu den Concordia-Tarifen ZT und ZB

Der Tarif ZAHN PLUS gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-tagegeldversicherung, bestehend aus

Teil I – Musterbedingungen 2013 (MB/KK 2013),

Teil II – Tarifbedingungen und den Ergänzungen zu den Muster- und Tarifbedingungen nach Teil I und Teil II für die Tarife ZE, ZT, ZB sowie ZAHN PLUS.

1. Aufnahmefähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder im Rahmen der Familienversicherung bei einem deutschen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder Anspruch auf (freie) Heilfürsorge haben und zusätzlich bei der Concordia Krankenversicherungs-AG nach den Tarifen ZT und ZB versichert sind. Endet das Versicherungsverhältnis nach einem der Tarife ZT und ZB, so endet zum gleichen Zeitpunkt auch das Versicherungsverhältnis nach Tarif ZAHN PLUS.

Personen mit mehr als 4 fehlenden, nicht ersetzten Naturzähnen sind nicht versicherbar. Unberücksichtigt bleiben Weisheitszähne, vollständige Lückenschlüsse, noch nicht durchgebrochene Zähne sowie Milchzähne bei Kindern, die aufgrund des natürlichen Zahnwechsels aktuell fehlen.

2. Versicherungsleistungen

2.1. Zahnprophylaxe

Wir ergänzen die Leistungen zu Ziffer 2 b) im Teil III des Tarifs ZB und erstatten – nach etwaiger Vorleistung der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge und zusätzlich zu den Leistungen des Tarifs ZB – 100 % der verbleibenden Aufwendungen für prophylaktische Leistungen bis zu einem Höchstbetrag in Höhe von 200 € je Versicherungsjahr.

Für die Durchführung der prophylaktischen Leistungen haben Sie die freie Wahl unter den niedergelassenen oder den in Krankenhausambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen, approbierten Zahnärzten sowie zahnmedizinischen Fachassistenten.

Als prophylaktische Leistungen gelten z. B.

- die Professionelle Zahnreinigung einschließlich
 - der Entfernung von harten und weichen Belägen auf Zahn- und Wurzeloberflächen
 - Reinigung der Zahnzwischenräume auch mittels VECTOR-Methode
 - Entfernen des Biofilms
 - Politur und Fluoridierung der Zähne
- Kinder-Prophylaxe
- die Erstellung eines Mundhygienestatus
- die eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen
- Speicheltests zur Keimbestimmung (Bakterien-/DNA-Test)
- Kontrollen des Übungserfolges

- Kariesrisikodiagnostik
- Versiegelung von Zahnfissuren, z. B. auch durch die Verwendung eines Dental-Lasers
- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen
- Medikamententrägerschiene zur Kariesprophylaxe
- Prothesenreinigung

Die Vorleistung der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge ist keine Leistungsvoraussetzung. Falls die GKV bzw. die (freie) Heilfürsorge eine Vorleistung erbringt, ziehen wir diese Vorleistung vom Erstattungsbetrag ab.

2.2. Zahnbehandlung

Wir ergänzen die Leistungen zu Ziffer 2 a) im Teil III des Tarifs ZB und erstatten – zusammen mit etwaigen Vorleistungen der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge und/oder des Tarifs ZB – 100 % der verbleibenden Aufwendungen für Zahnbehandlungen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ohne Erstattungshöchstbeträge. Zahntechnische Laborarbeiten sowie Material- und Praxiskosten erstatten wir zu ortsüblichen, angemessenen Preisen.

Für die Durchführung der erstattungsfähigen Zahnbehandlungsmaßnahmen haben Sie die freie Wahl unter den niedergelassenen oder den in Krankenhausambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen, approbierten Ärzten und Zahnärzten.

Als erstattungsfähige Zahnbehandlungen gelten z. B.

- Allgemeine zahnärztliche Leistungen, z. B.
 - eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen
 - Erhebung des Parodontalbefundes
 - Erstellung eines Heil- und Kostenplans
 - (Teil-)Abformung des Kiefers
 - Intraorale Anästhesie
 - Anwendung eines Operationsmikroskops
 - Anwendung eines Dental-Lasers
- Konservierende Leistungen, z. B.
 - Mikroinvasive Kariesinfiltrationen (Icon-Verfahren)
 - Füllungen jeglicher Art (außer Inlays und Onlays), z. B. Kunststoff-Füllungen, Komposit-Füllungen, Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen
 - Entfernung einer Einlagefüllung, einer Krone, eines Brückenankers, eines Wurzelstiftes
 - Wiedereingliederung einer Einlagefüllung, einer (Teil-)Krone, eines Veneers
 - Endodontische Behandlungen/Wurzelkanalbehandlungen einschließlich entstehender Mehrkosten, z. B. für
 - das Anlegen von Spanngummi/Kofferdam
 - elektrometrische Längenbestimmung des Wurzelkanals
 - Röntgenaufnahmen (z. B. Computertomographien, digitale Volumentomographie (DVT))

- zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden
 - photodynamische Therapien (z. B. PACT – Photodynamische Antimikrobielle Chemotherapie)
- Chirurgische Leistungen, z. B.
- Entfernung eines Zahnes oder eines enossalen Implantats
 - Entfernung von Schleimhaut und Schleimhautwucherungen
 - Wurzelspitzenresektion
 - Zystenoperationen
 - Osteotomien
 - PRGF (Plasma Rich in Growth Factors)
 - Kontrolle und Nachbehandlung nach einem chirurgischen Eingriff einschließlich chirurgischer Wundrevision
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums, z. B.
- Erstellung des Parodontalstatus
 - Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime (Bakterien-/DNA-Test)
 - Röntgenaufnahmen (z. B. Computertomographien, digitale Volumentomographie (DVT))
 - Behandlung von Mundschleimhautrekrankungen
 - Entfernung von Zahnfleischtaschen
 - Lappenoperationen
 - Behandlung knöcherner parodontaler Defekte
 - Knochen- und Geweberegeneration
 - Gewinnung und Transplantation von Schleimhaut und Bindegewebe
 - photodynamische Therapien (z. B. PACT – Photodynamische Antimikrobielle Chemotherapie)
 - Periochip-Methode
 - VECTOR-Methode
 - PRGF (Plasma Rich in Growth Factors)
- Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, die nicht in Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung stehen, z. B.
- Knirscherschienen
 - DROS-Schienen

einschließlich alle im Zusammenhang mit den erstattungsfähigen Zahnbehandlungen entstandenen Aufwendungen für Vor- und Nachbehandlungen, zahntechnische Laborarbeiten und Material- und Praxiskosten zu ortsüblichen, angemessenen Preisen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen.

Die Vorleistung der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge ist keine Leistungsvoraussetzung. Falls die GKV bzw. die (freie) Heilfürsorge eine Vorleistung erbringt, ziehen wir diese Vorleistung vom Erstattungsbetrag ab.

2.3. Zahnersatz

Wir ergänzen die Leistungen zu Ziffer 2) im Teil III des Tarifs ZT und erstatten zusammen mit den Vorleistungen der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge und des Tarifs ZT

- 100 % der verbleibenden Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 SGB V bzw. § 56 Abs. 2 SGB V, sofern privat Zahnärztliche Vergütungsanteile nicht berechnet sind bzw.
- 100 % der verbleibenden Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen privat Zahnärztlicher Versorgung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Zahntechnische Laborarbeiten sowie Material- und Praxiskosten erstatten wir zu ortsüblichen, angemessenen Preisen.

Mit Ausnahme der Erstattungshöchstbeträge gemäß Ziffer 4 dieses Tarifs sieht der Tarif keine Leistungshöchstgrenze für Zahnersatzmaßnahmen vor.

Für die Durchführung der erstattungsfähigen Zahnersatzmaßnahmen haben Sie die freie Wahl unter den niedergelassenen oder den in Krankenhausambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen, approbierten Ärzten und Zahnärzten. Falls Sie von einem Leistungserbringer ohne Kassenzulassung behandelt werden, kürzen wir den Erstattungsbetrag um 30 %.

Als erstattungsfähige Zahnersatzmaßnahmen gelten z. B.

- Allgemeine zahnärztliche Leistungen, z. B.
 - eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen
 - Erstellung eines Heil- und Kostenplans
 - (Teil-)Abformung des Kiefers
 - Intraorale Anästhesie
 - Anwendung eines Operationsmikroskops
 - Anwendung eines Dental-Lasers
- Prothetische Leistungen, z. B.
 - Neuanfertigung bzw. Reparatur von z. B.
 - Kronen, Teilkronen, Teleskopkronen
 - Brücken
 - Stiftzähnen
 - (Teil-)Prothesen
 - Epithesen
 - auf Implantaten sitzendem Zahnersatz (Suprakonstruktion)
 - Inlays/Onlays/Overlays
 - Keramikverblendschalen (Veneers/Lumineers) auch als vollkeramische Versorgung, z. B. mit Erstellung im CEREC-Verfahren
 - Kunststoff- und Keramikverblendungen bis einschließlich Zahn 8
 - Röntgenaufnahmen (z. B. Computertomographien, digitale Volumentomographie (DVT))
 - photodynamische Therapien (z. B. PACT – Photodynamische Antimikrobielle Chemotherapie)
- Implantologische Leistungen, z. B.
 - Implantatbezogene Analyse
 - Verwendung einer individuellen (Röntgenmess-) Schablone
 - Röntgenaufnahmen (z. B. Computertomographien, digitale Volumentomographie (DVT))
 - Implantation
 - Freilegung des Implantats
 - Sinuslift
 - Kunststoff- und Keramikverblendungen bis einschließlich Zahn 8
 - photodynamische Therapien (z. B. PACT – Photodynamische Antimikrobielle Chemotherapie)
 - alle mit der Implantation in Zusammenhang stehenden Weichgewebs- und knochenbauenden Maßnahmen (Augmentation)
 - PRGF (Plasma Rich in Growth Factors)

einschließlich alle im Zusammenhang mit den erstattungsfähigen Zahnersatzmaßnahmen entstandenen Aufwendungen für Vor- und Nachbehandlungen, Aufbaufüllungen, Kurz- und Langzeitprovisorien, zahntechnische Laborarbeiten und Material- und Praxiskosten zu ortsüblichen, angemessenen Preisen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen.

Leistungsansprüche gegenüber der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge müssen vorrangig in Anspruch genommen und uns nachgewiesen werden. Wir ziehen diese Leistungsansprüche vom Erstattungsbetrag ab. Als Vorleistung der GKV bzw. (freien) Heilfürsorge gelten auch Selbstbehalte, die Sie mit der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge vereinbart haben.

Falls Sie zustehende Leistungen der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge nicht in Anspruch nehmen, weil Sie sich z. B. für eine Behandlung im Ausland entscheiden, kürzen wir den Erstattungsbetrag um 30 %.

Für implantologische Leistungen (ohne Suprakonstruktionen), für die die GKV bzw. die (freie) Heilfürsorge keine Leistungen erbringt, kürzen wir den Erstattungsbetrag nur dann um 30 %, wenn Sie sich für eine Behandlung im Ausland entscheiden.

2.4. Kieferorthopädie

Wir ergänzen die Leistungen zu Ziffer 2 c) im Teil III des Tarifs ZB und erstatten – nach etwaiger Vorleistung der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge und zusätzlich zu den Leistungen des Tarifs ZB – 100 % der verbleibenden Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Zahntechnische bzw. kieferorthopädische Laborarbeiten sowie Material- und Praxiskosten erstatten wir zu ortsüblichen, angemessenen Preisen.

Für die Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung haben Sie die freie Wahl unter den niedergelassenen Kieferorthopäden und Fachzahnärzten für Kieferorthopädie.

Als erstattungsfähige kieferorthopädische Leistungen gelten z. B.

- Methoden zur Analyse von Kiefermodellen und des Gesichtsschädels
- Röntgenaufnahmen (z. B. Computertomographien, digitale Volumentomographie (DVT))
- Maßnahmen zur Umformung bzw. Einstellung des Kiefers
- Eingliederung von Klebebrackets, Bändern, (Teil-)bögen, intra- /extraoraler Verankerungen
- Versiegelungen
- Kieferorthopädische Zusatzleistungen, z. B.
 - Mini-Metall-, Keramik- und Kunststoffbrackets
 - unsichtbare Zahnspangen (z. B. Aligner / Invisalign)
 - festsitzende Retainer
 - Lingualtechnik
 - konfektionierte herausnehmbare Geräte (z. B. Bionator, Aktivator, Funktionsregler)
 - festsitzende Lückenhalter
 - farbige/farblose (Teil-)Bögen
 - superelastische Bögen
 - farbige oder durchsichtige Gummiligaturen
 - thermisch programmierbare oder plastische (Teil-)Bögen
 - M.A.R.A.-Apparaturen
 - Jasper-Jumper
 - Pendulum
 - Distal-Jet
 - Face-Former
 - Myobrace
 - Minischrauben zur Verankerung
- Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, die in Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung stehen, z. B.
 - Knirscherschienen
 - DROS-Schienen

einschließlich alle im Zusammenhang mit den erstattungsfähigen kieferorthopädischen Leistungen entstandenen Aufwendungen für Vor- und Nachbehandlungen, zahntechnische bzw. kieferorthopädische Laborarbeiten und Material- und Praxiskosten zu ortsüblichen, angemessenen Preisen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen.

Personen mit Leistungsansprüchen gegenüber der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge:

Für Kinder und Jugendliche, die zu Beginn der kieferorthopädischen Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und in eine der Kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3, 4 oder 5 eingestuft sind, bestehen Leistungsansprüche gegenüber der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge. Diese Leistungsansprüche gegenüber der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge müssen vorrangig in Anspruch genommen und uns nachgewiesen werden. Wir ziehen diese Leistungsansprüche vom Erstattungsbetrag ab. Als Vorleistung der GKV bzw. (freien) Heilfürsorge gelten auch Selbstbehalte, die Sie mit der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge vereinbart haben sowie der gesetzliche Eigenanteil nach § 29 Abs. 2 SGB V, der nach Abschluss der Behandlung durch die GKV bzw. die (freie) Heilfürsorge erstattet wird. Dies gilt auch dann, wenn die Behandlung abgebrochen wird. Falls Sie zustehende Leistungen der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge nicht in Anspruch nehmen, weil Sie z. B. von einem Leistungserbringer ohne Kassenzulassung behandelt werden, kürzen wir den Erstattungsbetrag um 30 %.

Mit Ausnahme der Erstattungshöchstbeträge gemäß Ziffer 4 dieses Tarifs sieht der Tarif für die Erstattung von kieferorthopädischen (Zusatz-)Leistungen keine Leistungshöchstgrenze vor.

Personen ohne Leistungsansprüche gegenüber der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge:

Für Kinder und Jugendliche, die in eine der Kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 oder 2 eingestuft sind sowie für Erwachsene bestehen keine Leistungsansprüche gegenüber der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge.

Die Erstattung für kieferorthopädische (Zusatz-)Leistungen ist für diesen Personenkreis – unter Beachtung der Erstattungshöchstbeträge gemäß Ziffer 4 dieses Tarifs – auf 4.000 € (bzw. 8.000 € unter Berücksichtigung der Leistungen des Tarifs ZB) für die gesamte kieferorthopädische Behandlung begrenzt.

2.5. Schmerz- und angstlindernde Maßnahmen

Wir erstatten – nach etwaiger Vorleistung der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge – 100 % der verbleibenden Aufwendungen für schmerz- und angstlindernde Maßnahmen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ohne Erstattungshöchstbeträge, wenn diese im direkten Zusammenhang mit den in diesem Tarif enthaltenen Versicherungsleistungen stehen.

Die schmerz- und angstlindernden Maßnahmen müssen in einer zahnärztlichen bzw. kieferorthopädischen Praxis stattfinden.

Als erstattungsfähige schmerz- und angstlindernde Maßnahmen gelten z. B.

- Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf)
- Vollnarkose
- Lachgas-Sedierung
- Akupunktur
- Hypnose
- TENS (Trans(epi)kutane (Elektrische) Nerven-Stimulation) einschließlich alle im Zusammenhang mit den erstattungsfähigen schmerz- und angstlindernden Maßnahmen entstandenen Aufwendungen für Vor- und Nachbehandlungen, Material- und Praxiskosten.

2.6. Zahnaufhellende Maßnahmen

Wir erstatten 100 % der entstandenen Aufwendungen für zahnaufhellende Maßnahmen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Die zahnauhellenden Maßnahmen müssen in einer zahnärztlichen Praxis stattfinden bzw. zahnärztlich begleitet und überwacht werden.

Als erstattungsfähige zahnauhellende Maßnahmen gelten z. B.

– Bleaching

einschließlich alle im Zusammenhang mit den erstattungsfähigen zahnauhellenden Maßnahmen entstandenen Aufwendungen für Vor- und Nachbehandlungen, Material- und Praxiskosten.

Die Erstattung ist auf einen Höchstbetrag in Höhe von 500 € innerhalb von 4 aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren begrenzt.

3. Wartezeiten

Für die in diesem Tarif aufgeführten Versicherungsleistungen verzichten wir auf die Einhaltung von Wartezeiten. Damit sind über den Tarif ZAHN PLUS die Aufwendungen erstattungsfähig, die für die in den Tarifen ZT und ZB enthaltenen Leistungsarten innerhalb der in den genannten Tarifen geltenden 8-monatigen Wartezeit anfallen.

4. Erstattungshöchstbeträge

Die Erstattung für Versicherungsleistungen nach den Ziffern 2.3. – Zahnersatz sowie 2.4. – Kieferorthopädie wird je versicherter Person in den ersten 3 Versicherungsjahren wie folgt begrenzt:

1. Versicherungsjahr	750 €
2. Versicherungsjahr	1.500 €
3. Versicherungsjahr	2.000 €

Die Erstattungshöchstbeträge entfallen ab dem 4. Versicherungsjahr sowie bei nachgewiesenen, unfallbedingten Aufwendungen.

Für versicherte Personen, für die bis zum Versicherungsbeginn dieses Tarifs nachweislich seit mindestens 12 Monaten ununterbrochen eine Versicherung mit Leistungen für privat Zahnärztlichen Zahnersatz (unabhängig von der Leistungshöhe) bei einem anderen Versicherer bestand, entfällt der Erstattungshöchstbetrag im 3. Versicherungsjahr.

5. Sorglos-Garantie

Wir garantieren Ihnen, dass sämtliche zahnmedizinischen Prophylaxe-, Zahnbehandlungs-, Zahnersatz-, kieferorthopädischen, schmerz- und angstlindernden- sowie zahnauhellenden Maßnahmen nach den Ziffern 2.1. – 2.6. derzeit und auch zukünftig versichert sind, auch solche, die neu hinzukommen und heute noch unbekannt sind.

Wir erbringen unsere Leistungen auch dann unverändert im tariflichen Umfang, falls sich die Leistungen der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge, z. B. die Höhe der Festzuschüsse bei Zahnersatzmaßnahmen, ändern.

6. Heil- und Kostenplan

Wir empfehlen Ihnen, bei umfangreichen Zahnbehandlungs-, Zahnersatz- und kieferorthopädischen Maßnahmen vor Beginn

der Behandlung einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir teilen Ihnen dann gerne mit, in welchem Umfang wir uns an den Kosten beteiligen.

Wenn Sie uns keinen Heil- und Kostenplan vorlegen, hat dies keine Auswirkung auf die tariflichen Leistungen.

7. Mindestvertragsdauer und Kündigungsmöglichkeit

Abweichend von § 2 Abs. 1 MB/KK 2013 Teil I und II wird dieser Tarif für die Dauer von einem Versicherungsjahr abgeschlossen. Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Der Vertrag wird stillschweigend verlängert, sofern er vom Versicherungsnehmer nicht gekündigt wird.

Abweichend von § 13 Abs. 1 MB/KK 2013 Teil I kann der Versicherungsnehmer diesen Tarif nach Ablauf der Mindestvertragsdauer zum Ende eines jeden Kalendermonats mit einer Frist von einem Monat kündigen.

Da der Tarif in Ergänzung zu den Tarifen ZT und ZB besteht, wird sich der Versicherer im Interesse der gleichen Handhabung bei diesen Tarifen nicht auf die Einhaltung der zweijährigen Mindestvertragsdauer berufen und die Regeln über Mindestvertragsdauer und Kündigung analog zu Tarif ZAHN PLUS auch auf die Tarife ZT und ZB anwenden.

8. Leistungsausschluss

Zahnbehandlungs-, Zahnersatz- und kieferorthopädische Maßnahmen, die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses stattfinden, notwendig, geplant oder (zahn)ärztlich bzw. kieferorthopädisch angeraten sind sowie die erstmalige Versorgung von zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses fehlenden, nicht ersetzten Naturzähnen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Wenn Sie sich bei Antragstellung für die Mitversicherung der erstmaligen Versorgung der zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses fehlenden, nicht ersetzten Naturzähne entschieden haben, so ist diese Versorgung mitversichert, sofern Zahnersatzbehandlungen an diesen Zähnen zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses weder (zahn)ärztlich angeraten noch begonnen wurden.

Da der Tarif in Ergänzung zu den Tarifen ZT und ZB besteht, wird der Versicherer im Interesse der gleichen Handhabung diese Regelung ebenfalls bei den Tarifen ZT und ZB anwenden.

9. Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen von § 18 Abs. 1 MB/KK 2013 berechtigt, auch tariflich vorgesehene Erstattungshöchstbeträge und -sätze mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders anzuheben. Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Für geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife (Unisex-Tarife) mit Gültigkeit
ab 21.12.2012

Inhaltsverzeichnis

- Teil I Musterbedingungen 2013 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2013) §§ 1 - 20**
- Teil II Tarifbedingungen (TB/KK)**

	Seite		Seite
Der Versicherungsschutz		Ende der Versicherung	
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	3	§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	12
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes	4	§ 14 Kündigung durch den Versicherer	13
§ 3 Wartezeiten	4	§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	14
§ 4 Umfang der Leistungspflicht	5	Sonstige Bestimmungen	
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	7	§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen	14
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen	8	§ 17 Gerichtsstand	14
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	8	§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	14
Pflichten des Versicherungsnehmers		§ 19 Wechsel in den Standardtarif	15
§ 8 Beitragszahlung	8	§ 20 Wechsel in den Basistarif	15
§ 8a Beitragsberechnung	10	Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung	16
§ 8b Beitragsanpassung	10		
§ 9 Obliegenheiten	11		
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	11		
§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	11		
§ 12 Aufrechnung	12		

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Für geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife (Unisex-Tarife) mit Gültigkeit ab 21.12.2012

Teil I
Musterbedingungen 2013 (MB/KK 2013)

Teil II
Tarifbedingungen (TB/KK)

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.
- (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, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.
- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit
 1. Zu § 1 Abs. 2 MB/KK 2013:
Versicherungsfall
Als Versicherungsfall gelten auch die Untersuchungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt und med. notwendiger Schwangerschaftsunterbrechung sowie gezielte ambulante Früherkennungsuntersuchungen, z.B. auf Krebs, Diabetes und Tuberkulose.
 2. Zu § 1 Abs. 4 MB/KK 2013:
Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland
 - a) Bei Auslandsaufenthalten außerhalb Europas besteht bis zu drei Monaten auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.
 - b) Bei längerem Aufenthalt kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt werden, sofern der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gestellt wird.
 - c) Auf Verlangen des Versicherungsnehmers kann die Versicherung auch im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden. Der Antrag muss innerhalb von zwei Monaten gestellt werden.
 3. Zu § 1 Abs. 5 MB/KK 2013:
Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in die EU bzw. den Europäischen Wirtschaftsraum
Auf Antrag des Versicherungsnehmers entfällt die Begrenzung nach § 1 Abs. 5 MB/KK 2013 gegen Zahlung eines vom Versicherer festgelegten Beitragszuschlags. Dieser Antrag muss innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Wohnsitzes oder Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gestellt werden. Auf Verlangen des Versicherungsnehmers kann die Versicherung auch im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden.
 4. Zu § 1 Abs. 6 MB/KK 2013:
Umwandlungsanspruch
 - a) Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrages verpflichtet.
 - b) Der Umwandlungsanspruch besteht auch bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen.

der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

§ 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 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 Elternteiles sein.
 - (3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.
1. Zu § 2 Abs. 1 MB/KK 2013:
Vertragsdauer
Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt. Die Dauer einer bestehenden Vorversicherung mit gleichartigen Leistungen wird bei Tarifwechsel angerechnet.
 2. Zu § 2 Abs. 1 MB/KK 2013:
Versicherungsjahr
Das erste Versicherungsjahr des jeweiligen Tarifes rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.
 3. Zu § 2 Abs. 1 MB/KK 2013:
Umstufungen
Bei Übertritt aus einem Tarif oder einer Tarifstufe mit niedrigeren Leistungen bzw. bei Erweiterung des Versicherungsschutzes (Umstufungen) finden die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes (§ 2 Abs. 1 MB/KK 2013) entsprechende Anwendung. Als Versicherungsbeginn gilt der im Nachtrag zum Versicherungsschein genannte Zeitpunkt. Der Versicherer kann die Annahme des Antrages auf Umstufungen von besonderen Bedingungen abhängig machen. Insbesondere kann er zu den Beiträgen einen Risikozuschlag auf den der Mehrleistung entsprechenden Beitragsteil erheben oder die Leistungen für bestehende Krankheiten auf den bisherigen Leistungsumfang beschränken.
 4. Zu § 2 Abs. 2 MB/KK 2013:
Mitversicherung Neugeborener
Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung eines Neugeborenen ohne Wartezeit gemäß § 2 Abs. 2 MB/KK 2013 erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

§ 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
 - (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt
 - a) bei Unfällen;
 - b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.
 - (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
 - (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
1. Zu § 3 Abs. 3 MB/KK 2013:
Verzicht auf besondere Wartezeiten
Bei unfallbedingten Kosten entfallen die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Für den Ehegatten einer mindestens seit acht Monaten versicherten Person verzichtet die Concordia Krankenversicherungs-AG auch auf die besonderen Wartezeiten unter den gleichen Voraussetzungen, unter der die allgemeine Wartezeit entfällt.
 2. Zu § 3 Abs. 4 MB/KK 2013:
Erlass der Wartezeiten bei ärztlicher Untersuchung
Die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Abschluss mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird. In diesem Falle bleibt der Antragsteller sechs Wochen - vom Tage des Einganges des ärztlichen Untersuchungsberichtes beim Versicherer ab gerechnet - an seinen Antrag gebunden. Der Antragsteller und die mitzuversichernden Personen

- (5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

sind verpflichtet, sich auf eigene Kosten der ärztlichen Untersuchung zu unterziehen und den ärztlichen Untersuchungsbericht dem Versicherer innerhalb von 21 Tagen nach Antragstellung vorzulegen.

Geschieht dies nicht, so gilt die Versicherung als ohne ärztliche Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

3. Zu § 3 Abs. 5 MB/KK 2013:
Anrechnung der Vorversicherung
§ 3 Abs. 5 MB/KK 2013 gilt in Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes entsprechend für Personen, die aus einer privaten Krankheitskostenvollversicherung ausscheiden.
4. Zu § 3 Abs. 1 - 6 MB/KK 2013:
Wartezeiten bei Vertragserweiterungen
Bei einer Erhöhung bzw. Erweiterung des bestehenden Versicherungsschutzes oder der nachträglichen Mitversicherung weiterer Personen gelten die Bestimmungen des § 3 Abs. 1 - 5 MB/KK 2013 entsprechend.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- (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 nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
- (6) 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.
- (7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
- (8) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gut-

1. Zu § 4 Abs. 1 MB/KK 2013:
Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)
 - a) Zur Beteiligung der Versicherten am Überschuss der Gesellschaft wird eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, die nur zugunsten der Versicherten verwendet werden darf.
 - b) Als Form der Überschussbeteiligung kann gewählt werden:
Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, befristete oder unbefristete Beitragssenkung, Leistungserhöhung sowie Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstandes heranzuziehen.
 - c) Die Form der Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, den zu verwendenden Betrag, die teilnahmeberechtigten Personen, den Zeitpunkt sowie die weiteren Voraussetzungen für eine Beitragsrückerstattung legt der Vorstand im Einvernehmen mit einem unabhängigen Treuhänder fest.
 - d) Die Voraussetzungen für eine Beitragsrückerstattung sind den Versicherungsnehmern bekannt zu geben.
2. Zu § 4 Abs. 1 - 3 MB/KK 2013:
Tarife für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung
 - a) **Ärztliche und zahnärztliche Leistungen**
Sie umfassen die gesamte ärztliche und zahnärztliche Tätigkeit im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte. Entsprechendes gilt sowohl für Einrichtungen von Heilpraktikern nach Maßgabe des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) (vgl. § 5 Nr. 4 Teil II) als auch für Einrichtungen von Hebammen und Entbindungspflegern in der jeweils gültigen Gebührenordnung. Sie umfassen ebenfalls die ambulante Palliativversorgung, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verfügen. Die Durchführung der Psychotherapie durch einen für die Behandlung zugelassenen Diplompsychologen ist ebenso erstattungsfähig wie die Behandlung durch psychologische Psychotherapeuten sowie in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, sofern sie zur vertragsärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind.
Hämodialyse, auch wenn sie im Krankenhaus durchgeführt wird, gilt als ambulante ärztliche Behandlung.
 - b) Der versicherten Person steht auch die Wahl unter approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (§ 95 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V) tätig sind, wenn die Abrechnung auf der Grundlage der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte erfolgt. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel können auch von den in Satz 1 genannten behan-

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

delnden Ärzten und Zahnärzten verordnet werden. Erstattungsfähig sind zudem die Behandlungen in Hospizen und sozialpädagogischen Zentren sowie aus der häuslichen Behandlungspflege, sofern erstattungsfähige Leistungen erbracht werden.

3. Zu § 4 Abs. 1 - 3 MB/KK 2013:
Nicht erstattungsfähige Aufwendungen
Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen
 - a) für ärztliche Gutachten und Atteste für private oder dienstliche Zwecke, für Pflegepersonal und Desinfektion;
 - b) für die Beeinflussung von Lern- und Erziehungsschwierigkeiten.
4. Zu § 4 Abs. 4 und 5 MB/KK 2013:
Tarife für stationäre Heilbehandlung
Es werden die im Tarif festgelegten Leistungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen erbracht:
 - a) Behandlungen im Sanitätsbereich der Bundeswehr, in Bundeswehrkrankenhäusern, Entbindungsheimen und Hospizen werden einer Krankenhausbehandlung gleichgestellt.
 - b) Stationäre und teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.
Ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld besteht nicht.
 - c) Teilstationäre Behandlung
Bei teilstationärer Behandlung besteht kein Anspruch auf Krankenhaustagegeld.
5. Zu § 4 Abs. 5 MB/KK 2013:
Behandlungen in gemischten Anstalten
Die Concordia Krankenversicherungs-AG kann sich auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:
 - a) es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) handelte, die innerhalb von vierzehn Tagen (bei vorliegender medizinischer Indikation auch später) nach der stationären Akutbehandlung angetreten wurde;
 - b) es sich um eine Notfalleinweisung handelte;
 - c) die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten war;
 - d) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.
6. Zu § 4 Abs. 1 - 5 MB/KK 2013:
Psychotherapie
Leistungen für Psychotherapie werden über die im Tarif genannten Höchstsätze nur gewährt, wenn und soweit der Versicherer diese vor Beginn bzw. Fortsetzung der Behandlung schriftlich zugesagt hat.
7. Zu § 4 Abs. 1 - 5 MB/KK 2013:
Betragsgemäße Festlegungen
 - a) Soweit der Tarif jährliche betragsmäßige Festlegungen (Selbstbehalt, Leistungshöchstsatz) vorsieht, gelten diese je versicherte Person und Kalenderjahr.
Im Kalenderjahr des Versicherungsbeginnes reduzieren sich die Beträge für jeden nichtversicherten Monat um ein Zwölftel.
Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindern sich die Beträge nicht.
 - b) Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt bzw. die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen werden.

§ 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 Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren 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 ambulante Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - f) ---
 - g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
 - (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so 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 auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
 - (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.
1. Zu § 5 MB/KK 2013:
Heilbehandlungen im Ausland
 - a) Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen.
 - b) Die Kürzungsbefugnis gemäß Ziffer 1a) zu § 5 MB/KK 2013 (Teil II der AVB) gilt entsprechend für Entbindungen. Ist ein Elternteil Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes, entfällt diese Einschränkung, sofern der Versicherungsnehmer die Staatsbürgerschaft nachweist.
 - c) Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, findet Ziffer 1a) zu § 5 MB/KK 2013 (Teil II der AVB) keine Anwendung.
 - d) Wenn im Rahmen eines Notfalles, also einer nicht planbaren Behandlung, ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt, findet Ziffer 1a) zu § 5 MB/KK 2013 (Teil II der AVB) ebenfalls keine Anwendung.
 2. Zu § 5 Abs. 1a MB/KK 2013:
Kriegsereignisse und terroristische Anschläge
 - a) Die Leistungseinschränkung für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und Todesfällen entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes verhindert ist.
 - b) Terroristische Anschläge zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 Buchstabe a MB/KK 2013.
 3. Zu § 5 Abs. 1b MB/KK 2013:
Entziehungs- /Entwöhnungsmaßnahmen

Vom Leistungsausschluss nicht betroffen ist die Entgiftung. Sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat, wird bei den ersten drei ambulanten oder stationären Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen (außer bei Nikotin), für die die Concordia Krankenversicherungs-AG Leistungen erbracht hat bzw. erbringt, während der Vertragslaufzeit ein Kostenzuschuss in Höhe von 80 % gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Dies gilt auch für die begleitende Pharmakotherapie. Erfolgt die Maßnahme stationär, wird ein Kostenzuschuss in Höhe von 80 % der Allgemeinen Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Aus einer Krankenhaustagegeldversicherung wird nicht geleistet.
 4. Zu § 5 MB/KK 2013:
Gebührenordnung

Keine Leistungspflicht besteht für die Teile einer Liquidation, die den Vorschriften der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte bzw. für Zahnärzte nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten; ebenso sind bei einer Behandlung durch Heilpraktiker Überschreitungen der Mindestgebühr nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) nicht erstattungsfähig.
 5. Zu § 5 Abs. 1d MB/KK 2013:
Anschlussheilbehandlung

Die Einschränkung nach § 5 Abs. 1d MB/KK 2013 gilt nicht für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen (AHB), sofern die Anschlussheilbehandlung innerhalb von vierzehn Tagen nach der stationären Akutbehandlung (bei vorliegender medizinischer Indikation auch später) angetreten wurde und kein Anspruch auf Sachleistungen bzw. Übernahme der Kosten durch einen gesetzlichen Sozialversicherungsträger besteht.
 6. Zu § 5 Abs. 1e MB/KK 2013:
Ambulante Heilbehandlung im Heilbad oder Kurort

Die Einschränkung nach § 5 Abs. 1e MB/KK 2013 entfällt insgesamt.

§ 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.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 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.
- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

1. Zu § 6 Abs. 1 MB/KK 2013:
Leistungsunterlagen
Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Diese müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Arztes mit Nummern der Gebührenordnung und jeweiligem Behandlungsdatum. Wird nur Krankenhaustagegeld gewährt, genügt statt der Rechnung eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungstage bzw. teilstationäre Behandlung und Bezeichnung der Krankheit. Gegen Zwischenbescheinigungen können Krankenhaustagegeld-Zahlungen für Zeitabschnitte von mindestens drei Wochen erfolgen. Rezepte sind mit der dazugehörigen Rechnung des Leistungserbringers einzureichen, es sei denn, dass die Krankheitsbezeichnung auf dem Rezept vom Leistungserbringer vermerkt ist. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind zusammen mit den Verordnungen der Leistungserbringer einzureichen.
2. Zu § 6 Abs. 3 MB/KK 2013:
Legitimation des Überbringers
Sind begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders bekannt, wird der Versicherer Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen.
3. Zu § 6 Abs. 4 MB/KK 2013:
Kurs ausländischer Währung
Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
4. Zu § 6 Abs. 5 MB/KK 2013:
Überweisungskosten
Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.
5. Zu § 6 Abs. 6 MB/KK 2013:
Krankenhausausweis
Ist ein Krankenhausausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Keine Tarifbedingungen

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträ-

1. Zu § 8 Abs. 1 MB/KK 2013:
Beitragsrate
 - a) *Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.*
 - b) *Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 14. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für Kinder. Von dem auf Vollendung des 14. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche zu zahlen.*
Jugendliche zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 19. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für Jugendliche. Von dem auf Vollendung des 19. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr

- ge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrages für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrages. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.
- (4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
- (5) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.
- Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.
- Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.
- (7) Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein

- an ist der Beitrag für Erwachsene mit dem Eintrittsalter 20 Jahre zu zahlen. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis für die betroffene versicherte Person zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Die Kündigung muss spätestens 2 Monate nach dem Umstufungszeitpunkt erfolgen.*
- c) *Wenn die monatlichen Beitragsraten im voraus mit Lastschrift bezahlt werden, wird ein Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von 3 % bei jährlicher Zahlungsweise, 2 % bei halbjährlicher Zahlungsweise gewährt.*
2. *Zu § 8 Abs. 7 MB/KK 2013:
Mahnkosten
Mahnkosten werden nicht erhoben.*

Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

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

§ 8a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (4) 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.

Zu § 8a Abs. 2 MB/KK 2013:

1. Beitragsberechnung

- a) Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.
- b) Die Anrechnung der Deckungsrückstellung geschieht in der Weise, dass dem Versicherten auf den Beitrag zum erreichten Lebensalter ein Nachlass eingeräumt wird (Umstellungsrabatt).

§ 8b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifes eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.
- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

Zu § 8b Abs. 1 MB/KK 2013:

Anpassungsvorschriften

Der genannte Vomhundertsatz beträgt fünf.

Im Zuge einer Beitragsanpassung können auch betragsmäßig festgelegte Leistungshöchstsätze sowie Ersatzkrankenhaustagegelder angepasst werden.

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

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) 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 Umfangs erforderlich ist.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) 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.
- (6) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

Zu § 9 Abs. 1 MB/KK 2013:

Verzicht auf Anzeige der Krankenhausbehandlung

Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet.

§ 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 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) dient, 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.

Keine Tarifbedingungen

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so 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 Anspruches 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.

Keine Tarifbedingungen

§ 12 Aufrechnung

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

Keine Tarifbedingungen

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
 - (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
 - (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintrittes der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.
 - (4) 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 oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, 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.
 - (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
 - (6) 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 Teiles 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.
 - (7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherten Person
1. Zu § 13 Abs. 1 MB/KK 2013:
Vertragsdauer und Versicherungsjahr
Vergl. § 2 Nrn. 1 und 2 Teil II
 2. Zu § 13 Abs. 2 MB/KK 2013:
Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses
Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis einer mitversicherten Person, so hat diese das Recht, die Versicherung als eigenes Versicherungsverhältnis ohne Unterbrechung fortzusetzen, sofern die Fortsetzung dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung der bisherigen Versicherung angezeigt wird.
 3. Zu § 13 Abs. 3 MB/KK 2013:
Krankheitskostenvollversicherung
Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt vor, wenn für die einzelne Person Versicherungsschutz mindestens für ambulante und stationäre Heilbehandlung besteht.
 4. Zu § 13 Abs. 8 MB/KK 2013:
Übertragungswertmitgabe bei Versichererwechsel
Hat eine versicherte Person, deren Versicherungsverhältnis über eine Krankheitskostenvollversicherung vor dem 01.01.2009 begonnen hat, nach dem 31.12.2008 eine Umwandlung der Versicherung in einen Versicherungsschutz vorgenommen, der den Aufbau eines Übertragungswertes gemäß § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG vorsieht, so gilt § 13 Abs. 8 Satz 1 MB/KK 2013 mit der Maßgabe, dass die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dieser Umwandlung aufgebauten Übertragungswertes auf den neuen Versicherer zu übertragen ist.

cherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

- (8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG - siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.
- (9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.
- (10) 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 zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.
- (2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.
- (3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

Zu § 14 Abs. 2 MB/KK 2013:

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Auf das ordentliche Kündigungsrecht gemäß § 14 Abs. 2 für eine Krankheitskostenteilversicherung wird verzichtet.

§ 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 Abs. 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Zu § 15 MB/KK 2013:

Ehescheidungen, Aufheben der Lebenspartnerschaft gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Getrenntleben Liegt ein Ehescheidungsurteil oder ein Urteil über die Aufhebung der Lebenspartnerschaft vor, dann haben die Ehegatten bzw. Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten bzw. Lebenspartner getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

Keine Tarifbedingungen

§ 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 ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Keine Tarifbedingungen

§ 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.

Keine Tarifbedingungen

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

- (1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.
- (2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

Keine Tarifbedingungen

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Keine Tarifbedingungen

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform

<http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

wenden.

Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Kundeninformation zu Ihrer Krankenversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

zum Abschluss Ihrer Krankenversicherung möchten wir Ihnen folgende Erläuterungen geben:

Versicherer

Ihr Versicherer ist die Concordia Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft	
Postanschrift:	Concordia Krankenversicherungs-AG 30621 Hannover
Telefon:	0511/5701-1636
Telefax:	0511/5701-1141
Mail:	kv@concordia.de

Aufsichtsratsvorsitzender:	Jörn Dwehus
Vorstand:	Dr. Stefan Hanekopf (Vorsitzender), Johannes Grale, Dirk Gronert, Henning Mettler, Julia Palte
Sitz der Gesellschaft:	Hannover
Handelsregister:	Amtsgericht Hannover HRB 51482

Hauptgeschäftstätigkeit

Die Hauptgeschäftstätigkeit der Concordia Krankenversicherungs-AG besteht in dem Betrieb der Krankenversicherung einschließlich Krankentagegeld, Pflegetagegeld sowie der Pflegepflichtversicherung.

Gesetzlicher Sicherungsfonds

Postanschrift:	Medicator AG Bayenthalgürtel 26 50968 Köln
----------------	--

Die für Sie gültigen Versicherungsbedingungen und Tarifbeschreibungen sind:

- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, KVU 400
- Ergänzungen zu den Muster- und Tarifbedingungen nach Teil I und Teil II für die Tarife ZE, ZT, ZB sowie ZAHN PLUS, KVU 404
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung, KVU 405
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung, KVU 406
- Ergänzungen zu den Muster- und Tarifbedingungen nach Teil I und Teil II für die Tarife AZP, AZSH, AZ TOP sowie AZN, KVU 408
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung, KVU 409
- Ergänzungen zu den Muster- und Tarifbedingungen nach Teil I und Teil II für den Tarif AZ Kompakt, KVU 411
- Ergänzung zu den Muster- und Tarifbedingungen nach Teil I und Teil II für den Tarif Pflege PLUS, KVU 412
- Tarifbeschreibung AZP, KVU 421
- Tarifbeschreibung AZSH, KVU 422
- Tarifbeschreibung AZ TOP, KVU 423
- Tarifbeschreibung AZN, KVU 424
- Tarifbeschreibung AZ Kompakt, KVU 425
- Ergänzungen zu den Muster- und Tarifbedingungen nach Teil I und Teil II für den Tarif BVO, KVU 427
- Tarifbeschreibung ZE/ZT, KVU 453
- Tarifbeschreibung ZB, KVU 454
- Tarifbeschreibung KT, KVU 465

- Tarifbeschreibung PT, KVU 466
- Tarifbeschreibung PT0/PT1/PT2/PT3, KVU 467
- Tarifbeschreibung KTG, KVU 471
- Tarifbeschreibung Pflege PLUS, KVU 472
- Tarifbeschreibung PG, KVU 473
- Tarifbeschreibung PG1, PG2, PG3, PG4, KVU 474
- Tarifbeschreibung SZ, KVU 480
- Tarifbeschreibung SZ PLUS, KVU 481
- Tarifbeschreibung KHT, KVU 485
- Tarifbeschreibung BVO, KVU 500
- Tarifbeschreibung ZAHN PLUS, KVU 501

Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Maßgeblich für Ihren Krankenversicherungsvertrag sind neben dem Antrag die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit den Tarifbedingungen und den jeweiligen Tarifbeschreibungen.

Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistungen entnehmen Sie bitte den Angaben aus den Allgemeinen Versicherungs- und Tarifbedingungen.

Beitrag

Den zu zahlenden Beitrag entnehmen Sie bitte dem Vorschlagsausdruck.

Kosten

Zusätzliche Kosten für den Abschluss des Vertrages fallen grundsätzlich nicht an.

Zahlungsweise des Beitrags

Der Beitrag in der Krankenversicherung ist ein Monatsbeitrag. Sollten Sie halbjährlich oder jährlich im Voraus per Lastschrifteinzug zahlen wollen, können wir Ihnen einen Nachlass von 2 % bzw. 3 % einräumen. Die von Ihnen gewünschte Zahlungsweise entnehmen Sie bitte dem Vorschlag. Der Erstbeitrag ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Sollten Sie Lastschriftverfahren vereinbart haben, erfolgt die Abbuchung des Erstbeitrags erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins. Der Folgebeitrag ist je nach Zahlungsweise immer am Ersten eines Monats fällig.

Gültigkeitsdauer

An unseren heutigen Vorschlag halten wir uns 4 Wochen gebunden.

Vertragsabschluss, Vertragsbeginn

Der Vertragsabschluss kommt dadurch zustande, dass wir Ihnen die Annahme Ihres gestellten Antrages in Form einer schriftlichen Annahmeerklärung oder durch Übersendung des Versicherungsscheins bestätigen. Versicherungsschutz besteht ab dem im Antrag genannten Vertragsbeginn, wenn Sie den Beitrag unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen und die Wartezeiten erfüllt sind.

Die Annahmefrist für die Concordia Krankenversicherungs-AG beträgt 6 Wochen. Wird der Antrag innerhalb dieser Frist nicht angenommen, ist kein Vertrag zustande gekommen.

Hinweis zur Widerrufsbelehrung

In der nachstehenden Widerrufsbelehrung verwenden wir den Begriff „Beitrag“ synonym zu dem im Versicherungsvertragsgesetz und in der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen verwendeten Begriff „Prämie“.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Concordia Krankenversicherungs-AG, Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover, E-Mail: kv@concordia.de.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich entsprechend der von Ihnen gewählten Zahlungsweise um einen Betrag in Höhe von 1/360 des Jahresbeitrags, 1/180 des Halbjahresbeitrags oder 1/30 des Monatsbeitrags pro Tag; der von Ihnen zu zahlende Beitrag und die Zahlungsweise sind im Versicherungsantrag unter „Gesamtbeitrag“ ausgewiesen. Der Versicherer hat zurückzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

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

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen ei-

nes Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Beiträge einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Beiträge;
8. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
9. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
10. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
12. Angaben zur Beendigung des Vertrages; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
13. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
14. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
16. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Widerrufen Sie einen Ersatzvertrag, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter.

Der Versicherungsschutz beginnt ggf. vor Ablauf der Widerrufsfrist. Sofern dies nicht gewünscht wird, bedarf es hierzu einer besonderen Erklärung.

Vertragslaufzeit

Der Vertrag wird in der Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Pfl egetagegeldversicherung für die Dauer von zwei Versicherungsjahren, in der Krankentagegeldversicherung für ein Versicherungsjahr geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Falls die Tarife ZT, ZB und ZAHN PLUS gemeinsam bestehen (ZAHN SORGLOS), wird der Vertrag für diese Tarifkombination für die Dauer von einem Versicherungsjahr geschlossen. Das Versicherungsjahr ist mit dem Kalenderjahr identisch. Für diese Tarifkombination verlängert sich der Vertrag stillschweigend, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. Nach Ablauf der Mindestvertragsdauer kann das Versicherungsverhältnis für diese Tarifkombination zum Ende eines jeden Kalendermonats mit einer Frist von einem Monat gekündigt werden.

Vertragsbeendigung

Die Möglichkeiten, einen bestehenden Vertrag zu beenden, entnehmen Sie bitte den Ihnen vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (§§ 13 – 15).

Rechtsgrundlage vor Abschluss des Vertrages

Der Aufnahme von Vertragsbeziehungen zum Versicherungsnehmer legt die Concordia Krankenversicherungs-AG das Recht der Bundesrepublik Deutschland zugrunde.

Anwendbares Recht und Gerichtsstand

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.

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.

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 ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Vertragssprache

Die Vertragssprache ist Deutsch. Wir weisen darauf hin, dass andere Sprachen für den Vertragsabschluss und die Vertragsverwaltung nicht zur Verfügung stehen.

Beschwerden

Unser wichtigstes Anliegen ist es, Ihnen als Kunden einen hervorragenden Service zu bieten. Aber auch wir sind nicht fehlerfrei und wollen unseren Service ständig weiter verbessern. Wenn Sie der Meinung sind, dass wir etwas falsch gemacht haben, setzen Sie sich einfach mit uns oder Ihrem zuständigen Ansprechpartner vor Ort in Verbindung und schildern Sie Ihr Anliegen.

Sie können uns Ihr Anliegen oder Ihre Beschwerde ebenfalls per E-Mail an beschwerdemanagement@concordia.de oder schriftlich mitteilen.

Unsere Adresse lautet:

Concordia Krankenversicherungs-AG
Beschwerdemanagement
Karl-Wiechert-Allee 55
30625 Hannover

Sie können sich aber auch an die folgende Stelle wenden:

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Tel: 0800 3696000
Fax: 0800 3699000
www.pkv-ombudsmann.de

Oder aber Sie richten Ihre Beschwerden an die zuständige Aufsichtsbehörde:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

Hiervon unberührt bleibt für Sie als Versicherungsnehmer selbstverständlich auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Wir würden uns freuen, wenn wir Sie mit den oben gemachten Ausführungen von der Concordia Krankenversicherungs-AG überzeugen konnten und Sie sich für uns entscheiden. Reichen Ihnen die gemachten Erläuterungen nicht aus, freuen wir uns, wenn Sie uns die Gelegenheit geben würden, Ihre Fragen zu beantworten.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Concordia Krankenversicherungs-AG