

Besondere Bedingungen für die Zusatzversicherung Zahn 2023 (BB Zahn Prestige 2023)

(Stand 09/2023)

Liebe Kunden,

eine Zahnzusatzversicherung schützt Sie und die im Vertrag versicherten Personen vor privaten Kostenanteilen von Rechnungen zu Zahnbehandlungen, Zahnersatzmaßnahmen, Zahnprophylaxemaßnahmen und Kieferorthopädie.

Die Höhe des Versicherungsbeitrags richtet sich nach dem Wohnort und dem Alter der versicherten Person. Je nach regionalen Gegebenheiten und unterschiedlichen Kostenstrukturen, können die Beiträge für Versicherungsnehmer in verschiedenen Wohnorten variieren.

Die "Allgemeinen Versicherungsbedingungen der BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG für die Krankheitskostenversicherung, Krankenhaustagegeldversicherung und Kurtagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB)" sind die Vertragsgrundlage für Ihre Zahnzusatzversicherung der BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG.

Besondere Leistungshighlights haben wir in den Bedingungen mit einem  dargestellt.

Auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichten wir. Personenbezogene Formulierungen sind geschlechtsneutral zu verstehen.

Ihrem besseren Verständnis dieser Versicherungsbedingungen dienen folgende rechtlich unverbindliche Begriffserläuterungen:

Versicherungsnehmer:

Das sind Sie als unser Vertragspartner und Käufer des Versicherungsschutzes.

Versicherte Person:

Das sind die im Vertrag (mit)versicherten Personen.

Versicherungsfall:

Der Versicherungsfall ist das Ereignis, für das wir Entschädigung leisten.

GKV / freie Heilfürsorge:

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist eine Form der Krankenversicherung, bei der die Beiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern gemeinsam getragen werden. Die freie Heilfürsorge hingegen ist eine Form der Krankenversorgung, die bestimmten Gruppen von Beamten und Soldaten in Deutschland gewährt wird und ihnen eine kostenlose medizinische Versorgung ermöglicht.

Der Versicherungsschutz i.S.d. Bedingungen kann nur abgeschlossen werden, wenn wir lediglich ergänzende Leistungen zu einem der o.g. Kostenträger erbringen.

Besondere Bedingungen für die Zusatzversicherung Zahn 2023 (BB Zahn Prestige 2023)

Inhaltsverzeichnis

A	Versicherungsvoraussetzungen.....	3
1	Voraussetzungen hinsichtlich der Krankenversicherung.....	3
2	Voraussetzungen hinsichtlich des Wohnorts.....	3
3	Voraussetzungen hinsichtlich des Gesundheitszustandes.....	3
B	Leistungen.....	3
1	Leistungsumfang.....	3
1.1	Zahnbehandlung.....	3
1.2	Zahnmedizinische Individualprophylaxe.....	3
1.3	Zahnersatz.....	4
1.4	Ergänzende Zahnbehandlungen und Zahnersatzleistungen.....	4
1.5	Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung.....	4
1.6	Kieferorthopädische Behandlungen.....	4
1.7	Leistungsbegrenzungen.....	5
1.8	Anrechnung von Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers.....	5
2	Nicht erstattungsfähige Aufwendungen.....	5
3	Gebührenordnung.....	5
4	Versicherungsschutz im Ausland.....	5
5	Heil- und Kostenpläne.....	5
C	Sonstige Regelungen.....	6
1	Wartezeiten.....	6
2	Mehrfachversicherung.....	6
3	Anpassung der Versicherungsleistungen.....	6
4	Beitrag.....	6
5	Anrechnung einer Vorversicherung.....	6
6	Laufzeit.....	6

A Versicherungsver Voraussetzungen

Um sich in der Zusatzversicherung Zahn Prestige 2023 versichern zu können, müssen alle Voraussetzungen von Abschnitt A Ziffer 1 bis 3 dieser Bedingungen erfüllt sein.

1 Voraussetzungen hinsichtlich der Krankenversicherung

Die versicherte Person kann sich in der Zusatzversicherung Zahn Prestige versichern, wenn sie

- Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist
- oder**
- freie Heilfürsorge bezieht.

Endet die Versicherung in der GKV oder kann die versicherte Person keine Leistungen mehr aus der freien Heilfürsorge beziehen, so endet auch der Versicherungsschutz aus diesem Vertrag.

2 Voraussetzungen hinsichtlich des Wohnorts

- a) Die versicherte Person kann sich in Zahn Prestige 2023 versichern, wenn der ständige Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland liegt und die Wohnanschrift eine Adresse mit deutscher Postleitzahl hat.
- b) Der Versicherungsnehmer wird gemäß der Anlage 1 „Postleitzahlenverzeichnis zu den Tarifbedingungen für die Zahnzusatzversicherung“ in die Regioklasse 1, bzw. Regioklasse 2 eingestuft.

Maßgeblich für die Einstufung ist die Wohnanschrift des Versicherungsnehmers bei Eintritt in den Tarif Zahn Prestige 2023.

- c) Verzieht der Versicherungsnehmer ins Ausland, endet der Versicherungsschutz, sobald die Versicherung in der GKV beendet ist oder die versicherte Person keine Leistungen mehr aus der freien Heilfürsorge beziehen kann.

3 Voraussetzungen hinsichtlich des Gesundheitszustandes

Die versicherte Person kann sich in Zahn Prestige 2023 versichern, wenn

- a) der versicherten Person zum Vertragsbeginn nicht mehr als 3 Zähne unersetzt fehlen **und** nicht angeraten ist, einen oder mehrere Zähne zu extrahieren.
Zu extrahierende Zähne müssen bereits bei Vertragsbeginn als fehlende Zähne angegeben werden. Je fehlendem Zahn erhebt der Versicherer einen Risikozuschlag, dessen Höhe aus dem Versicherungsschein entnommen werden kann.
- b) die versicherte Person zum Vertragsbeginn maximal 3 Zähne hat, die länger als 10 Jahre mit Zahnersatz ersetzt sind. Pro Zahn, der länger als 10 Jahre ersetzt ist, erhebt der Versicherer einen Risikozuschlag, dessen Höhe aus dem Versicherungsschein entnommen werden kann.
- c) die versicherte Person keine Teil- oder Vollprothese trägt.
- d) die versicherte Person innerhalb der letzten drei Jahre vor Vertragsbeginn wegen keiner der folgenden Krankheiten in Behandlung war:
 - 1) Parodontose
 - 2) Parodontitis

- 3) Zahnschmelzdefekt in Form von
 - Mineralisierungsstörungen
 - Abrasionen
 - Schliffacetten

B Leistungen

1 Leistungsumfang

Leistungen aus diesem Vertrag erhält die versicherte Person, wenn eine medizinisch notwendige Heilbehandlung ansteht. Diese kann entweder kausal zu einer Krankheit oder einem Unfall sein. Dies gilt für folgende Bereiche:

1.1 Zahnbehandlung

Der Versicherer ersetzt die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlungen zusammen mit einer eventuellen Leistung der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers zu 100%. Als Aufwendungen für Zahnbehandlungen gelten (jeweils inklusive der Material- und Laborkosten):

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



1.2 Zahnmedizinische Individualprophylaxe

Der Versicherer erstattet 100% der Aufwendungen, maximal 100,00 EUR je Aufwendung und 200,00 EUR je Kalenderjahr. Als zahnmedizinische Individualprophylaxe zählen folgende Leistungen:

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

Im Rahmen der zahnmedizinischen Individualprophylaxe erstatten wir Ihnen im ersten Versicherungsjahr einmalig 100% der Aufwendungen bis maximal 60,00 EUR für den Bezug einer elektrischen Zahnbürste nach den Vorgaben der BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG. Diese Leistung wird zusätzlich zum maximalen Erstattungsbetrag von 200,00 Euro erbracht.





1.3 Zahnersatz

- a) Der Versicherer ersetzt, zusammen mit einer eventuellen Vorleistung der GKV, der freien Heilfürsorge oder eines sonstigen Kostenträgers, 100% der Aufwendungen, sofern die versicherte Person die Regelversorgung der GKV / freien Heilfürsorge in Anspruch nimmt.
- b) Der Versicherer ersetzt, zusammen mit einer eventuellen Vorleistung der GKV, der freien Heilfürsorge oder eines sonstigen Kostenträgers, 100% der Aufwendungen für eine höherwertige Versorgung.
- c) Als erstattungsfähige Aufwendungen für Zahnersatz nach Abschnitt B Ziffer 1.3 a) und 1.3 b) gelten die folgenden Aufwendungen (jeweils inklusive Material- und Laborkosten):
 - Einlagefüllungen (Inlays), Veneers, Verblendungen,
 - Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen und Onlays,
 - prothetische Leistungen (Brücken, Stifzähne, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur),
 - implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen, Knochenaufbau,
 - funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.
- d) Die Aufwendungen für Verblendungen sind je Quadrant bis einschließlich Zahn 8 (Weisheitszahn) erstattungsfähig und gelten als Teil des Zahnersatzes.
- e) Der Tarif sieht keine Begrenzung der Anzahl von Implantaten vor. Im Rahmen des Versicherungsschutzes wird die Anzahl an Implantaten erstattet, welche medizinisch notwendig sind.

1.4 Ergänzende Zahnbehandlungen und Zahnersatzleistungen

a) Funktionsanalytische Leistungen

Bei medizinischer Notwendigkeit werden die Aufwendungen im Rahmen der tariflichen Leistungen für Zahnersatz erstattet. Dabei ist unerheblich, ob die Leistungen im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach Abschnitt B Ziffer 1.1 oder 1.3 stehen (GOZ-Ziffer 8000 – 8100).

b) Laserbehandlung bei Wurzelkanalbehandlungen

Die Erstattung von Laserbehandlungen in kausalem Zusammenhang mit Wurzelkanalbehandlungen erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit nach GOZ-Ziffer 0120 i.V.m. Ziffer 2140.

c) Laserbehandlung bei Parodontosebehandlungen

Die Erstattung von Laserbehandlungen in kausalem Zusammenhang mit Parodontosebehandlungen erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit nach den GOZ-Ziffern 4080, 4090, 4100, 4130 bzw. 4133 bzw. Zuschlag 0120.

d) Laserbehandlung bei Kariesbehandlung

Die Erstattung von Laserbehandlungen in kausalem Zusammenhang mit Kariesbehandlung erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit nach den GOZ-Ziffern 2050, 2060, 2070, 2080, 2090, 2100, 2110, 2120, 2150, 2160 und 2170.

Laserbehandlungen im Zusammenhang mit den vorgenannten Ziffern werden im Rahmen von § 6 Abs. 1 GOZ (Analogabrechnung) erstattet.

Der Versicherer ersetzt die erstattungsfähigen Aufwendungen zum Erstattungssatz der Hauptleistung bei medizinischer Notwendigkeit für:

- OP-Mikroskop
- CEREC-Behandlungen
- Digitale Volumentomographie (DVT)
- PACT-Photoaktivierte Chemotherapie
- VECTOR-Technologie
- DROS-Schiene

1.5 Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung



Der Versicherer ersetzt Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung zu 100%. Dies gilt auch für Maßnahmen außerhalb der Leistungspflicht der GKV / freien Heilfürsorge oder eines anderen Kostenträgers.

Voraussetzung ist, dass die Leistung in direktem Zusammenhang steht

- mit einer Zahnbehandlung (s. Abschnitt B Ziffer 1.1, bspw. Wurzelspitzenresektion, Entfernung von Weisheitszähnen),
- oder Zahnersatzmaßnahmen (s. Abschnitt B Ziffer 1.3).

Als besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung gelten:

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

1.6 Kieferorthopädische Behandlungen



a) Der Versicherer ersetzt Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen einschließlich Röntgendiagnostik sowie Material- und Laborkosten. Voraussetzung ist, dass eine Zahnfehlstellung vorliegt, die aus medizinischen Gründen korrigiert werden muss.

b) Die Behandlung darf erst nach Beginn, bzw. nach Abschluss der Zusatzversicherung Zahn Prestige 2023 beginnen, bzw. erstmals angeraten sein. Maßgeblich ist der jeweils spätere Zeitpunkt.

c) Ersetzt werden 80% der Aufwendungen, maximal 2.000 EUR über die gesamte Vertragslaufzeit, wenn keine Leistungspflicht der GKV / freien Heilfürsorge oder eines anderen Kostenträgers besteht.

d) Ersetzt werden 100% der Aufwendungen, maximal 1.500 EUR über die gesamte Vertragslaufzeit, wenn eine Leistungspflicht der GKV / freien Heilfürsorge i.S.d. § 29 SGB V, bzw. eines anderen Kostenträgers besteht.

e) Besteht eine Leistungspflicht der GKV / freien Heilfürsorge i.S.d. § 29 SGB V, bzw. besteht eine Leistungspflicht eines anderen Kostenträgers für Behandlungen, welche nicht unter diesen Leistungsanspruch fallen, werden diese aufgrund sog. Mehrkostenvereinbarungen tarifgemäß erstattet. Unter die Mehrkostenvereinbarungen fallen kieferorthopädische Zusatzleistungen, insbesondere:

- Mini-Metall-, Keramik- und Kunststoffbrackets,
- festsitzende Retainer,
- konfektionierte herausnehmbare Geräte,
- festsitzender Lückenhalter,
- farbige/farblose Bögen/Teilbögen,

- thermisch programmierbare oder plastische Bögen/Teilbögen,
- Pendulum,
- Distal-jet,
- funktionsanalytische/funktionstherapeutische Maßnahmen.

1.7 Leistungsbegrenzungen

- a) Für alle bei Vertragsabschluss bereits begonnenen oder angeratenen Behandlungen und Maßnahmen besteht kein Versicherungsschutz. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn für bereits bekannte Maßnahmen ein Risikozuschlag erhoben wird.
- b) Der Versicherer begrenzt die Erstattung nach Abschnitt B Ziffer 1.1, 1.3, 1.4 bis 1.6 auf maximal
- 1.500,00 EUR im 1. Kalenderjahr
 - 3.000,00 EUR in den ersten 2 Kalenderjahren,
 - 4.500,00 EUR in den ersten 3 Kalenderjahren,
 - 6.000,00 EUR in den ersten 4 Kalenderjahren,

Die Begrenzungen entfallen ab dem 5. Kalenderjahr. Sie gelten jeweils für das Kalenderjahr (01.01. – 31.12.). Beginnt der Versicherungsvertrag nicht zum 01.01. oder wird die versicherte Person nicht zum 01.01. in den Vertrag aufgenommen, so gilt das erste Kalenderjahr als Rumpfsjahr und endet – unabhängig vom Beginn – dennoch am 31.12. des Jahres.

- c) Wenn die Leistungen nachweislich in einem kausalen Zusammenhang zu einem Unfall stehen, entfallen die Begrenzungen auch vor dem 5. Kalenderjahr.
- Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch einen plötzlich von außen auf den Körper (hier insbesondere die Zähne und den Kiefer) einwirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- d) Analog abgerechnete Ziffern i.S.d. § 6 Abs. 1 GOZ werden, sofern medizinisch notwendig übernommen.
- e) Ist die abgerechnete Ziffer lediglich medizinisch sinnvoll, so besteht kein Anspruch auf Erstattung.

1.8 Anrechnung von Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers

- a) Bei Aufwendungen nach Abschnitt B Ziffer 1.1 bis Ziffer 1.5 werden die Vorleistungen der GKV, der freien Heilfürsorge oder eines sonstigen Kostenträgers von den Versicherungsleistungen abgezogen. Die Leistungen der versicherten Person können so zu maximal 100% erstattet werden (vgl. § 200 VVG).
- b) Wenn die versicherte Person in der GKV, der freien Heilfürsorge oder bei einem sonstigen Kostenträger einen Selbstbehalt nach § 53 SGB V vereinbart hat, so gilt dieser ebenfalls als Vorleistung und kann nicht erstattet werden.
- c) Die versicherte Person ist verpflichtet dem Versicherer die Vorleistungen der GKV, der freien Heilfürsorge oder eines sonstigen Kostenträgers durch einen Erstattungsvermerk auf den eingereichten Kostenbelegen nachzuweisen.
- d) Die versicherte Person hat das Recht sich für eine Behandlung zu entscheiden, bei der die zustehenden Vorleistungen der GKV, der freien Heilfürsorge oder eines sonstigen Kostenträgers nicht in Anspruch genommen werden (bspw. Behandlung bei einem Zahnmediziner ohne Kassenzulassung).

In diesem Fall bringt der Versicherer einen pauschalen

Erstattungsbetrag in Höhe von 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als Vorleistung in Abzug.

- e) Die Regelung nach d) gilt auch dann, wenn die Behandlung im Ausland erfolgte und dadurch keine Vorleistung durch die GKV, die freie Heilfürsorge oder einen sonstigen Kostenträger erbracht wird. Rechnungen für Behandlungen im Ausland müssen:
- in deutscher Sprache, bzw. mit deutscher Übersetzung eingereicht werden und
 - dem deutschen Rechnungslegungsstandard der GOZ / GOÄ entsprechen.

Gegebenenfalls entstehende Kosten für die Übersetzung von Rechnungen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

2 Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- a) Heilbehandlungsmaßnahmen, die bereits vor Vertragsabschluss bekannt, medizinisch angeraten oder bereits begonnen waren. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn für bereits bekannte Maßnahmen ein Risikozuschlag erhoben wird.
- b) Teile einer Rechnung, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nicht entsprechen,
- c) Teile einer Rechnung, welche die Höchstsätze der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) übersteigen,
- d) kosmetische Maßnahmen,
- e) medizinisch sinnvolle, aber nicht notwendige Maßnahmen,
- f) reine Verlangens- bzw. Wunschleistungen,
- g) Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten (bspw. Material- und Laborkosten) erstattet der Versicherer tarifgemäß.

3 Gebührenordnung

Die Aufwendungen für erbrachte zahnärztliche Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn die Gebühren im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen.

Dies gilt bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen (3,5-facher Gebührensatz).

4 Versicherungsschutz im Ausland

- a) Abweichend von § 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt der Versicherungsschutz weltweit.
- b) Bei Behandlungen im Ausland erstattet der Versicherer höchstens diejenigen Kosten, zu deren Erstattung er auch im Inland verpflichtet gewesen wäre.
- c) Abschnitt A Ziffer 2 d), Abschnitt B Ziffer 1.8 d) und 1.8 e) gelten entsprechend.

5 Heil- und Kostenpläne

Der Versicherer empfiehlt der versicherten Person bei Zahnersatzmaßnahmen vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Die versicherte Person erhält eine Mitteilung über die zu

erstattenden Leistungen.

Falls die versicherte Person keinen Heil- und Kostenplan einreicht, hat dies keine Auswirkung auf die Erstattungshöhe.

C Sonstige Regelungen

1 Wartezeiten

Abweichend von § 3 der Allgemeinen Vertragsbedingungen entfallen im Tarif Zahn Prestige 2023 sämtliche Wartezeiten.

2 Mehrfachversicherung

Der Versicherungsschutz nach diesem Tarif kann nicht mehrfach vereinbart und nicht mit anderen, vergleichbaren Tarifen kombiniert werden.

3 Anpassung der Versicherungsleistungen

Falls sich die Leistungen der GKV, der freien Heilfürsorge oder eines sonstigen Kostenträgers und/oder die gesetzliche Vergütungsregelung für Zahnärzte und/oder Ärzte ändern und dies unmittelbare Auswirkungen auf die Leistungen aus diesem Tarif hat, ist der Versicherer berechtigt die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen (s. § 18 AVB). Im Sinne des §18 AVB ist der Versicherer berechtigt tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen anzupassen.

4 Beitrag

- a) Der Beitrag ist abhängig vom Alter der versicherten Person. Das Alter wird berechnet, indem man vom aktuellen Kalenderjahr das Geburtsjahr der versicherten Person abzieht, unabhängig vom tatsächlichen Geburtstag (siehe § 8a Abs. 3 AVB).
- b) Während der ersten beiden Jahre der Vertragslaufzeit gibt es keinen Beitragsgruppenwechsel – frühestens im 3. Versicherungsjahr.
- c) Der Beitrag ist zusätzlich abhängig vom Wohnort des Versicherungsnehmers. Je nach regionalen Gegebenheiten und unterschiedlichen Kostenstrukturen, können die Beiträge für Versicherungsnehmer in verschiedenen Wohnorten variieren. Der genaue Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages individuell festgelegt. Abschnitt A Ziffer 2 dieser Bedingungen gilt entsprechend.

5 Anrechnung einer Vorversicherung

Besteht oder bestand für die versicherte Person unmittelbar bis zum Vertragsbeginn eine ergänzende oder ersetzende Zahnzusatzversicherung mit mindestens 90% Erstattungssatz für die Maßnahmen nach Abschnitt B Ziffer 1.3 dieser Bedingungen gilt:

- a) Bestand der Vertrag mindestens 4 Jahre, so entfallen die Begrenzungen nach Abschnitt B Ziffer 1.7 b) ab Vertragsbeginn bei dem Versicherer.
- b) Bestand der Vertrag mindestens 3 und weniger als 4 Jahre, so gelten die Begrenzungen nach Abschnitt B Ziffer 1.7 b) nur für ein Kalenderjahr in Höhe von 1.500,00 EUR;
- c) Bestand der Vertrag mindestens 2 und weniger als 3 Jahre, so gelten die Begrenzungen nach Abschnitt B Ziffer 1.7 b) nur für das 1. Kalenderjahr in Höhe von 1.500,00 EUR und 3.000,00 EUR für das zweite Kalenderjahr der Vertragslaufzeit.

- d) Bestand der Vertrag mindestens 1 und weniger als 2 Jahre, so gelten die Begrenzungen nach Abschnitt B Ziffer 1.7 b) nur für das 1. Kalenderjahr in Höhe von 1.500,00 EUR, 3.000,00 EUR für das zweite Kalenderjahr und 4.500,00 EUR für das dritte Kalenderjahr der Vertragslaufzeit.

- e) Bestand der Vertrag weniger als 1 Jahr, so gelten die Begrenzungen nach Abschnitt B Ziffer 1.7 b)

- f) Auf Verlangen des Versicherers sind diesem die Voraussetzungen nach dieser Ziffer 5. nachzuweisen.

6 Laufzeit

- a) Der Vertrag wird zunächst auf die Dauer von 2 Jahren geschlossen. Er kann frühestens zum Ende des zweiten Vertragsjahres mit einer Frist von einem Monat gekündigt werden. Das Recht zur Kündigung i.S.d. § 8b AVB bleibt hiervon unberührt.
- b) Der Vertrag verlängert sich, wenn er nicht gekündigt wird, jeweils um ein weiteres Jahr, wenn der Versicherungsnehmer nicht spätestens 1 Monat vor Ende der Vertragslaufzeit kündigt.
- c) Weitere Beendigungsgründe sind z. B. der Tod oder der Wegfall der Versicherungsfähigkeit, oder der Umzug in ein Gebiet, welches nicht in einer deutschen Postleitzahl eingeteilt ist.

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

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

(Stand 09/2021)

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

1.1 Rückwärtsversicherung (Versicherungsschutz vor policiertem Versicherungsbeginn)

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

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

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

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

1.2 Einschluss von bereits angeratenen oder geplanten Heilbehandlungsmaßnahmen

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

2 Leistungsumfang

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

3 Leistungsbegrenzungen

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

Eine Leistung aus dem Ergänzungsbaustein

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

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

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

4 Wartezeiten

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

5 Beitrag

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

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

6 Laufzeit

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

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

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

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

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

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

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



Was ist versichert?

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



Was ist nicht versichert?

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



Gibt es Deckungseinschränkungen?

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



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.

Krankenzusatzversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG
Deutschland

Produkt:
ZAHN Prestige 2023



Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

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



Wann und wie zahle ich?

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



Wann beginnt und endet die Deckung?

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



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

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

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

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

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



Was ist versichert?

- ✓ Im Versicherungsfall erstatten wir die Aufwendungen für medizinisch notwendige Zahnbehandlungen oder Zahnersatz. Es gibt, je nach führendem Tarif, Kostenerstattungen für:
- ✓ Es gibt Kostenerstattungen z. B. für:
 - ✓ privatärztliche Zahnbehandlung zu 75 % - 100 %,
 - ✓ zahnmedizinische Individualprophylaxe (professionelle Zahnreinigung) zu 100 % im Rahmen Ihres führenden Tarifs Zahn 2023 Smart/Komfort/Prestige,
 - ✓ Zahnersatz einschließlich Material- und Laborkosten zu 75 % - 100 %,
 - ✓ Heilbehandlungsmaßnahmen, die bereits vor Vertragsschluss bekannt, medizinisch angeraten oder bereits begonnen waren.



Was ist nicht versichert?

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



Gibt es Deckungseinschränkungen?

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



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.

Krankenzusatzversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG
Deutschland

Produkt:
ZAHN Sofort 2023



Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

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



Wann und wie zahle ich?

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



Wann beginnt und endet die Deckung?

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



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

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

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

(gültig nur zusammen mit den Tarifbedingungen der BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG)

(Stand 01.03.2020)

Inhaltsverzeichnis

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

Anhang

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

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle* und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer

- a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
- b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld,
- c) in der Kurtagegeldversicherung bei stationärem Kuraufenthalt ein Kurtagegeld.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- b) ein medizinisch notwendiger oder ein rechtmäßiger Schwangerschaftsabbruch sowie eine medizinisch notwendige Sterilisation,
- c) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, auch wenn sie über die gesetzlich eingeführten Programme hinausgehen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
- d) ärztlich angeratene sowie von der ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Institutes empfohlene Schutzimpfungen nach Maßgabe der tariflichen Bestimmungen,
- e) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

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

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

Während der ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über diesen Zeitraum hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht

ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens jedoch für weitere drei Monate. Der Versicherer ist jedoch höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

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

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

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

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig und/oder ein Leistungsausschluss bzw. eine Leistungseinschränkung.

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

hältnisses bleiben ohne Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.

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

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht. Sie entfällt

a) bei Unfällen;

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

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

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

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

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

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

Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie vom Behandler verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten: Nahrungsmittel (außer bei Vorliegen einer Enzymmangelkrankung oder Mukoviszidose) und Stärkungspräparate (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badezusätze, Kosmetika, Antikonzeptiva, Desinfek-

tionsmittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

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

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

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

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

(7) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

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

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

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

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

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

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

f) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;

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

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

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

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

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

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

enthaltes bzw. des Kuraufenthaltes und die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose).

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

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

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

Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.

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

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

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

(3) entfällt

(4) entfällt

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

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

(6) entfällt

(7) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen. Ist ein Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren erhoben werden.

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

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

§ 8a Beitragsberechnung

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

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

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

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

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

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

§ 8b Beitragsanpassung

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

Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den

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

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

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

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

§ 9 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

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

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

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

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

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

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

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

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Vertragsdauer / Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

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

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

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel (§ 8 b Abs. 1) oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.

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

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

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

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 6 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

Anhang

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

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

(2) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(3) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

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

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

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

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

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobligiegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt

ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

§ 204 Tarifwechsel

Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt. Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart.