

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung ohne Rückstellungsbildung

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Allgemeine Grundsätze für den Versicherungsvertrag
§ 2	Beginn des Versicherungsschutzes
§ 3	Wartezeiten
§ 4	Umfang der Leistungspflicht
§ 5	Einschränkung der Leistungspflicht
§ 6	Auszahlung der Versicherungsleistung
§ 7	Ende des Versicherungsschutzes
§ 8	Beitragszahlung
§ 8 a	Beitragsberechnung
§ 8 b	Beitragsanpassung
§ 9	Obliegenheiten und Folgen einer Obliegenheitsverletzung
§ 10	Aufrechnung
§ 11	Ende der Versicherung
§ 12	Gerichtsstand
§ 13	Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
§ 14	Streitschlichtung und Rechtsweg

§ 1 Allgemeine Grundsätze für den Versicherungsvertrag

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Der Versicherungsschutz gilt weltweit.
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, etwaigen späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Bedingungen, den Tarifbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Der Versicherungsvertrag unterliegt ausschließlich deutschem Recht.
4. Die Tarife, die die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung ergänzen, können abgeschlossen und aufrechterhalten werden, wenn und solange für die versicherte Person ein Leistungsanspruch bei einer deutschen GKV bzw. auf freie Heilfürsorge besteht oder bei einem Anspruch auf truppenärztliche Versorgung.
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 in Deutschland zu erbringen hätte.
6. Den Versicherungsantrag nimmt der Versicherer mit der Zusendung des Versicherungsscheins an. Bei Antragstellung über das Internet kommt der Vertrag im Übrigen online zustande, wenn die Beiträge vom Konto des Verpflichteten im Lastschriftinzugsverfahren abgebucht werden können.
7. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.
8. Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.
9. 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. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3) einzuhalten. 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.

§ 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) bzw. nicht vor der Erteilung einer Lastschriftinzugsermächtigung (Online-Abschluss) 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 zum Tag der Geburt erfolgt. Der Versicherungsschutz des Neugeborenen darf so umfassend sein wie der höherwertigere Versicherungsschutz eines der beiden Elternteile. Bei Geburt bestehende Anomalien und Erbkrankheiten sind ohne Risikozuschlag und ohne Wartezeiten vom Versicherungsschutz umfasst.
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.

§ 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. Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.
4. Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand auf einem Formblatt des Versicherers vorgelegt wird. Die Kosten dafür trägt der Versicherungsnehmer.

5. Gehen die ärztlichen Befundberichte nicht innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung ein, gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.
6. Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
7. Bei Erhöhung des Versicherungsschutzes oder bei Wechsel aus einem Tarif mit vergleichbaren Leistungen wird die bisherige Versicherungsdauer auf die Wartezeiten angerechnet.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen und dem Versicherungsschein.
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 Erfolg versprechend 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 Gutachten 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.
9. Zusammen mit der Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Erstattungen Dritter ist der Anspruch aus dem jeweils versicherten Tarif auf 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen begrenzt.

Als Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung gilt der Betrag, den diese als Erstattungsbetrag ansetzt. Hat die versicherte Person mit der gesetzlichen Krankenversicherung selbst zu tragende Eigenanteile (z.B. Verwaltungskosten, Selbstbehalte) vereinbart, werden diese nicht erstattet. Die Eigenanteile werden bei der Berechnung des erstattungsfähigen Betrages wie eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt. Entsprechendes gilt auch für eine eventuell zu zahlende sog. Praxisgebühr.

Besteht ein Erstattungsanspruch gegen Dritte, so sind zuerst die Leistungen des Dritten in Anspruch zu nehmen.

10. Kosten für eine ärztliche oder zahnärztliche Heilbehandlung im Ausland sind insoweit erstattungsfähig, als diese auch entsprechend den jeweils gültigen deutschen Gebührenordnungen (GOZ, GOÄ) im Rahmen der dort festgelegten Höchstsätze berechnet werden dürfen.
11. Bei Tarifwechsel werden Leistungen aus dem bisherigen Tarif für das laufende Kalenderjahr auf den Höchsterstattungsbetrag aus dem neuen Tarif angerechnet.

§ 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. Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland wird der Leistungsausschluss nur auf die Fälle begrenzt, in denen sich die versicherte Person vorsätzlich oder grob fahrlässig einem Kriegsereignis aussetzt bzw. nach Ausbruch von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen nicht innerhalb von 7 Tagen in die Bundesrepublik Deutschland oder ein sicheres Drittland ausreist, es sei denn, dass dem Versicherten aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat, die Ausreise nicht möglich ist.
 - 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 Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifmäßig erstattet.

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.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Die Kostenbelege sind immer zuerst der GKV, dem Träger der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung vorzulegen. Der Versicherer benötigt zur Leistungsprüfung die Zweitschriften zusammen mit dem Erstattungsvermerk oder die Originalbelege.

Die Kostenbelege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung, die Behandlungs- und die Bezugsdaten sowie die einzelnen erbrachten Leistungen enthalten.

Die Belege gehen mit der Leistung in das Eigentum des Versicherers über.

2. In ausländischer Währung entstandene, erstattungsfähige Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Kostenbelege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Eurowechselkurs der Europäischen Zentralbank.

Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt sind, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt am Main, nach dem jeweils neuesten Stand. Stattdessen kann aber auch durch Bank- oder Kreditkartenbeleg nachgewiesen werden, dass die zur Zahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben oder abgerechnet wurden.

3. Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistung benennt. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann der Versicherungsnehmer selbst die Leistungen verlangen.

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können im Übrigen ohne Zustimmung des Versicherers weder abgetreten noch verpfändet oder in sonstiger Weise auf Dritte übertragen werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 3 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz entfällt, wenn eine der Voraussetzungen des § 1 Absatz 4 nicht mehr gegeben ist. Das ist auch dann der Fall, wenn die Beiträge weiter entrichtet werden.
2. Der Versicherungsschutz endet - auch für laufende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

§ 8 Beitragszahlung

1. Die Beitragsrate ist dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein zu entnehmen. 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. Vereinbart ist die Beitragszahlung per Lastschriftinzugsverfahren. 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. Zu Beginn der Versicherung ist der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter der zu versichernden Person entspricht. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Sobald eine Person ein im jeweiligen Tarif festgelegtes höheres Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des auf diesen Zeitpunkt folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.
3. 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 Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
4. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nichts anderes vereinbart ist, 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. Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung von Mahnkosten und Portokosten verpflichtet.

7. Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 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. Der Versicherer verzichtet auf das Recht auf Beitragserhöhung oder Kündigung gemäß § 19 Absatz 3 Satz 2 VVG (siehe Anhang), wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht.
8. Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
9. Für den Einschluss von Vorerkrankungen können Zuschläge zum Tarifbeitrag (Risikozuschläge) vereinbart werden.
10. Eine aufgrund inländischer oder ausländischer Rechtsvorschriften anfallende und vom Versicherer an die Steuerbehörden abzuführende Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer zusätzlich zum vereinbarten Beitrag an den Versicherer zu entrichten.

§ 8 a Beitragsberechnung

1. Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
2. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt.
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.

§ 8 b 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 diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen können auch betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligungen, Höchstleistungsbeträge (Leistungshöchstgrenzen) und Pauschalleistungen angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
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.
3. Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen, Höchstleistungsbeträgen und Pauschalleistungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten und Folgen einer Obliegenheitsverletzung

1. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers hin jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach erforderlich ist.

Auf Verlangen des Versicherers haben der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die behandelnden Ärzte bzw. Zahnärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder Zahnarzt untersuchen zu lassen.

Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
2. Haben der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person einen Ersatzanspruch gegenüber Dritten, so besteht - unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs - 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.
3. Wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person der Mitwirkungsverpflichtung nicht nachkommen, ist der Versicherer unter den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei. Entsprechendes gilt, wenn der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person der Pflicht zur Wahrung eines Ersatzanspruchs nach § 9 Absatz 2 oder eines zur Sicherung dieses Anspruchs dienenden Rechts nicht nachkommen. Der Versicherer ist dann insoweit zur Leistung nicht verpflichtet, als er aus diesem Grund keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Gleiches gilt im Falle der fehlenden Mitwirkung bei der Durchsetzung des Anspruchs.

Das gilt nicht, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Im Falle der grob fahrlässigen Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
4. Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer jede Auskunft zu erteilen, die zur Beurteilung der Versicherungssteuerpflicht bei oder nach Vertragsabschluss erforderlich ist. Änderungen der in diesem Zusammenhang erteilten Auskünfte während der Vertragslaufzeit sind dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Insbesondere mitzuteilen sind Änderungen der Angaben zum Angehörigenverhältnis zwischen Versicherungsnehmer und einzelnen versicherten Personen.

§ 10 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 Versicherungsver eins nicht aufrechnen.

§ 11 Ende der Versicherung

1. Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

Der Versicherer verzichtet auf das Recht der ordentlichen Kündigung.

Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag insgesamt oder für einzelne versicherte Personen oder Tarife ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen.

2. Das Versicherungsverhältnis endet mit der Beendigung des Versicherungsschutzes in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, dem Ende des Anspruchs auf freie Heilfürsorge bzw. auf truppenärztliche Versorgung oder bei Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung. Das Versicherungsverhältnis endet auch, wenn der Versicherungsnehmer verstirbt.
3. Die mitversicherten Personen haben im Falle der Kündigung durch den Versicherungsnehmer oder nach seinem Ableben das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Eine solche Erklärung ist dem Versicherer gegenüber innerhalb von zwei Monaten ab Beendigung der Versicherung abzugeben.
4. Auch mit dem Ableben einer mitversicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
5. Das Versicherungsverhältnis endet für eine versicherte Person im Übrigen mit der Beendigung des Versicherungsschutzes in der deutschen GKV bzw. mit dem Ende des Anspruchs auf freie Heilfürsorge oder truppenärztliche Versorgung. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich anzuzeigen.

§ 12 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.

§ 13 Änderung 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 als 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 Vertrages 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.

§ 14 Streitschlichtung und Rechtsweg

1. 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.

2. 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.

3. Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang

§ 1 Lebenspartnerschaftsgesetz

Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

§ 19 Versicherungsvertragsgesetz

Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- (3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.
- (4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
- (5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
- (6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 28 Abs. 1 – 4 Versicherungsvertragsgesetz

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 Falle einer grob fahrlässigen Verletzung 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 der Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Versicherungsvertragsgesetz

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 Versicherungsvertragsgesetz

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.

ZahnGesund 75+

Tarifstufe 577

Diese Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung ohne Rückstellungsbildung

A. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In Ergänzung zu § 1 Absatz 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind aufnahme- und versicherungsfähig nur Personen, die bei Tarifabschluss nicht mehr als drei fehlende, nicht dauerhaft ersetzte Zähne haben. Ausgenommen hiervon sind Weisheitszähne, Milchzähne und bestehende Lückenschlüsse. Soweit die versicherte Person bei Vertragsschluss mehr als drei fehlende, nicht dauerhaft ersetzte Zähne hat, besteht daher kein Versicherungsschutz. Dies gilt auch für den Fall, dass Beiträge entrichtet wurden bzw. weiter entrichtet werden.

B. Leistungen der Zahnzusatzversicherung

1. Zahnbehandlungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für

a) Zahnbehandlungen

- Kunststofffüllungen (z.B. Komposit- oder Dentin-Adhäsive-Füllungen, alternativ Kariesinfiltration),
- Wurzelbehandlungen (z.B. Wurzelkanalbehandlung, Wurzelspitzenresektion, elektrometrische Längenmessung),
- Parodontosebehandlungen (z.B. Weichgewebsmaßnahmen, Schleimhauttransplantation, Bakterienanalysen in Form von Untersuchungen von paropathogenen Keimen als Nachweis, VECTOR-Technologie, photoaktivierte Chemotherapie (PACT)),
- Aufbissbehelfe und Schienen (z.B. Knirscherschienen); Im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung erfolgt die Erstattung gemäß Punkt 5, sowie

b) die mit den Zahnbehandlungsmaßnahmen nach Buchstabe a) im direkten Zusammenhang stehenden

- zahnärztlichen Behandlungen inklusive Vor- und Nachbehandlungen wie z.B. OP-Mikroskop, Laserbehandlung, Anästhesieleistungen (ausgenommen Leistungen gemäß Punkt 4),
- funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen,
- nach ortsüblichen Preisen berechneten zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.

Erstattet werden 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen. Erbringt die GKV bzw. die freie Heilfürsorge oder die truppenärztliche Versorgung für eine Wurzelbehandlung oder Parodontosebehandlung bzw. für funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen oder zahnärztliche Vor- und Nachbehandlung keine Leistung, erstatten wir 75% der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen.

Für Aufbissbehelfe und Schienen werden 75 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen bis zur Höhe von 500 Euro pro Versicherungsjahr erstattet. Für DROS-Schienen wird nicht geleistet.

Vorleistungen gemäß Punkt 7 werden in Abzug gebracht.

2. Zahnmedizinische Individualprophylaxe

Erstattungsfähig sind die Kosten für Zahnprophylaxe. Hierunter fallen die folgenden nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnungsfähigen Behandlungen:

- die Erstellung eines Mundhygienestatus,
- die Durchführung von Kariesrisikodiagnostik,
- die eingehende Unterweisung zur Vorbeugung von Karies und parodontalen Erkrankungen,
- die Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- die Kontrolle des Übungserfolges,
- die Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit ausgehärtetem Kunststoff,
- die Behandlung überempfindlicher Zähne,
- die Erstellung des Parodontalstatus einschließlich Parodontaldiagnostik,
- die Beseitigung von scharfen Zahnkanten, grober Vorkontakte der Okklusion und Zahnbelägen,
- die lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger,
- die professionelle Zahnreinigung: Diese umfasst das Entfernen der supragingivalen / gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen.

Erstattet werden je Versicherungsjahr zweimal 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen jeweils bis zur Höhe von 75 Euro.

3. Zahnersatzmaßnahmen

Erstattungsfähig sind die Kosten für

a) Zahnersatz:

- Kronen
- Veneers, Lumineers,
- Inlays, Onlays, Overlays,
- Brücken, Brückenglieder, Ankerzähne,
- Implantate einschließlich der in diesem Zusammenhang anfallenden chirurgischen Maßnahmen wie Knochenaufbau,
- Teil- oder Vollprothesen,
- Verblendungen bis zum Zahn 6,
- Reparaturen von Zahnersatz sowie

b) die mit den Zahnersatzmaßnahmen nach Buchstabe a) im direkten Zusammenhang stehenden

- zahnärztlichen Behandlungen inklusive Vor- und Nachbehandlungen wie z.B. digitale Volumentomographie, Anästhesieleistungen (ausgenommen Leistungen gemäß Punkt 4), chirurgische Maßnahmen,

- funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen,
- nach ortsüblichen Preisen berechneten zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien, z.B. aus Keramik oder Edelmetall, auch als CEREC Versorgung.

Erstattet werden 75 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen.

Die Erstattung erhöht sich auf 80 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen, wenn Sie über Ihr Bonusheft nachweisen, dass Sie in den letzten 10 Jahren vor Behandlungsbeginn regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben.

Sofern Sie die Regelversorgung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung in Anspruch nehmen, beträgt die Erstattung 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen.

Vorleistungen gemäß Punkt 7 werden in Abzug gebracht werden.

4. Maßnahmen zur Schmerzlinderung

Erstattungsfähig sind beispielsweise die Kosten für

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

Erstattet werden 75 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen bis zur Höhe von 75 Euro pro Versicherungsjahr für Maßnahmen, die im direkten Zusammenhang mit einer versicherten Leistung gemäß Punkt 1, Punkt 3 und Punkt 5 stehen.

5. Kieferorthopädische Zahnbehandlungen

Erstattungsfähig sind Kosten für kieferorthopädische Behandlung, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen ist, die im Rahmen der GOZ und der GOÄ berechnet werden darf und deren Höchstsätze nicht überschreitet. Erstattungsfähig sind zudem die damit im Zusammenhang stehenden funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen und nach ortsüblichen Preisen berechneten zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.

Erstattet werden für die gesamte Dauer des Versicherungsverhältnisses 75 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen bis zur Höhe von 1.000 Euro, wobei Vorleistungen gemäß Punkt 7 in Abzug gebracht werden.

6. Leistungsbegrenzungen und allgemeine Summenbegrenzung

In den ersten vier Versicherungsjahren leistet der Versicherer je versicherte Person wie folgt:

- im ersten Versicherungsjahr bis zu 900 Euro,
- in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen bis zu 1.800 Euro,
- in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen bis zu 2.700 Euro,
- in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen bis zu 3.600 Euro.

Ab dem fünften Versicherungsjahr leistet der Versicherer unbegrenzt.

Leistungen für zahnmedizinische Individualprophylaxe gemäß Punkt 2 sind von dieser allgemeinen Summenbegrenzung ausgenommen.

Besteht für die versicherte Person bis Versicherungsbeginn eine Zusatzversicherung bei einem deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmen mit einem tariflichen Erstattungssatz von mindestens 70% inklusive Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung für privat Zahnärztliche Zahnersatzmaßnahmen, gilt in Abhängigkeit von einer nachgewiesenen ununterbrochenen Dauer dieser Versicherung von mindestens 12 Monaten (Vorversicherungszeit) folgende abweichende allgemeine Summenbegrenzung. Bei einer Laufzeit von:

- mindestens einem Versicherungsjahr gilt nur die allgemeine Summenbegrenzung gemäß Buchstabe a) bis c),
- mindestens zwei Versicherungsjahren gilt nur die allgemeine Summenbegrenzung gemäß Buchstabe a) und b),
- mindestens drei Versicherungsjahren gilt nur die allgemeine Summenbegrenzung gemäß Buchstabe a),
- mindestens vier Versicherungsjahren entfällt die allgemeine Summenbegrenzung.

Ist die zahnärztliche Heilbehandlung nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen, entfällt die allgemeine Summenbegrenzung. Als Unfall gilt nicht, wenn der Schaden an einem Zahn durch die Nahrungsaufnahme eingetreten ist oder wenn ein solcher beim Reinigen des herausnehmbaren Zahnersatzes entsteht.

Bei Tarifwechsel aus anderen Zahntarifen des Münchener Verein werden Leistungen aus dem bisherigen Tarif für das laufende Kalenderjahr auf den Höchsterstattungsbetrag aus dem neuen Tarif angerechnet.

Der Versicherer leistet, wenn bei einer versicherten Person während des Versicherungsschutzes eine medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlung von einem approbierten, niedergelassenen Zahnarzt angeraten oder bei diesem durchgeführt wird. Abweichend von § 4 Nr. 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen kann die versicherte Person auch Behandlungen in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) in Anspruch nehmen.

Für maximal einen bei Vertragsschluss fehlenden und noch nicht dauerhaft ersetzten Zahn besteht Leistungsanspruch, sofern die Zahnersatzmaßnahme noch nicht angeraten oder begonnen wurde. Wenn und soweit bei Vertragsabschluss mehr als ein Zahn fehlt, besteht Leistungsanspruch nur für Zahnersatzmaßnahmen bezüglich des ersten ersetzten Zahnes; erfolgen Zahnersatzmaßnahmen zeitgleich für mehr als einen der bei Vertragsabschluss fehlenden Zähne, ergibt sich der Anspruch aus der Höhe der im Durchschnitt angefallenen Kosten für diese ersetzten Zähne.

Für alle darüber hinaus fehlenden und nicht dauerhaft ersetzten Zähne besteht kein Leistungsanspruch.

Für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzmaßnahmen oder kieferorthopädische Behandlung, die vor Versicherungsbeginn angeraten oder begonnen worden sind, besteht kein Versicherungsschutz.

7. Anrechnung von Leistungen; Gebührenordnung; Heil- und Kostenpläne

Von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung abgezogen. Erbringt die GKV bzw. die freie Heilfürsorge oder die truppenärztliche Versorgung für den einer Zahnersatzmaßnahme oder einer kieferorthopädischen Behandlung zugrundeliegenden Versicherungsfall keine Leistung, gelten pauschal 35 % der erstattungsfähigen Aufwendungen als Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung.

Ergänzend zu § 4 Nr. 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt: Besteht in der freien Heilfürsorge oder in der truppenärztlichen Versorgung ein Selbstbehalt, so gilt dieser ebenfalls als Vorleistung und kann nicht erstattet werden.

Die Kosten für erstattungsfähige zahntechnische Leistungen werden dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem der Zahnarzt die angefertigten Materialien eingliedert.

Erstattungsfähig sind die Kosten der zahnärztlichen Heilbehandlung bis zu den Höchstsätzen¹ der deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ).

Bei einer bevorstehenden Versorgung, einer Zahnersatzmaßnahme oder einer kieferorthopädischen Behandlung, rät der Versicherer zur vorherigen Erstellung eines Heil- und Kostenplans durch den Zahnarzt. Der Versicherer gibt dem Versicherungsnehmer nach Vorlage des Heil- und Kostenplans Auskunft über die zu erwartende Versicherungsleistung.

8. Zukunftsgarantie

Wenn die befundbezogenen Festzuschüsse (Erstattungsbeträge nach § 55 Abs. 1 SGB V) für Zahnersatzmaßnahmen der GKV zukünftig entfallen, weil sie z.B. aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen werden, garantiert der Versicherer die unter Punkt B definierten Leistungen unverändert.

9. Innovationsgarantie

Zukünftig neu hinzukommende medizinisch notwendige zahnärztliche oder kieferorthopädische Heilbehandlungsmaßnahmen gemäß GOZ/GOÄ sind im tariflichen Umfang mitversichert.

C. Wartezeit

Abweichend von § 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen entfällt die Wartezeit.

D. Laufzeit

Abweichend von § 11 Abs. 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von 24 Monaten, mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Versicherungsjahres kündigen.

E. Leistungsnachweis

1. Mit dem ersten Antrag auf Leistungen für Zahnersatz ist ein Nachweis über die Vorversicherungszeit und die Höhe des tariflichen Anspruchs auf privatärztliche Zahnersatzmaßnahmen gemäß Punkt B.6 zu erbringen. Bei Vorliegen des Nachweises wird die versicherte Person so gestellt, als habe sie die nachgewiesenen Versicherungsjahre bezüglich der allgemeinen Summenbegrenzung des Punktes B.6 bereits durchlaufen.
2. Mit dem ersten Antrag auf Leistungen nach den Punkten B.1, B.3 oder B.5 ist ein Nachweis über den letzten zugrundeliegenden Zahnstatus zu erbringen.
3. Mit jedem Antrag auf Leistungen sind Nachweise über die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung vorzulegen. Leistet die GKV bzw. die freie Heilfürsorge oder die truppenärztliche Versorgung nicht vor, wird zur Leistungsprüfung der Originalbeleg zusammen mit dem Ablehnungsschreiben benötigt.
4. Werden fehlende Zähne ersetzt, muss der Versicherungsnehmer den Zeitpunkt der Extraktion bzw. des Verlustes nachweisen.

F. Leistungen des Versicherungsnehmers

Zu Beginn der Versicherung ist der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter der zu versichernden Personen entspricht. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Für Personen, die das 5., 15., 25., 35., 40., 45., 50., 55., 60. Lebensjahr vollendet haben, ist ab Beginn des auf diesen Zeitpunkt folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen.

¹ Höchstsatz der GOZ bzw. der GOÄ ist derzeit der 3,5-fache Satz.

Anhang

Sozialgesetz 5. Buch (SGB V)

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

- (1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

§ 55 Leistungsanspruch

- (1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahn-technische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung
1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
 2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen. Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

ZahnGesund 85+

Tarifstufe 578

Diese Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung ohne Rückstellungsbildung

A. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In Ergänzung zu § 1 Absatz 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind aufnahme- und versicherungsfähig nur Personen, die bei Tarifabschluss nicht mehr als drei fehlende, nicht dauerhaft ersetzte Zähne haben. Ausgenommen hiervon sind Weisheitszähne, Milchzähne und bestehende Lückenschlüsse. Soweit die versicherte Person bei Vertragsschluss mehr als drei fehlende, nicht dauerhaft ersetzte Zähne hat, besteht daher kein Versicherungsschutz. Dies gilt auch für den Fall, dass Beiträge entrichtet wurden bzw. weiter entrichtet werden.

B. Leistungen der Zahnzusatzversicherung

1. Zahnbehandlungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für

a) Zahnbehandlungen

- Kunststofffüllungen (z.B. Komposit- oder Dentin-Adhäsive-Füllungen, alternativ Kariesinfiltration),
- Wurzelbehandlungen (z.B. Wurzelkanalbehandlung, Wurzelspitzenresektion, elektrometrische Längenmessung),
- Parodontosebehandlungen (z.B. Weichgewebsmaßnahmen, Schleimhauttransplantation, Bakterienanalysen in Form von Untersuchungen von paropathogenen Keimen als Nachweis, VECTOR-Technologie, photoaktivierte Chemotherapie (PACT)),
- Aufbissbehelfe und Schienen (z.B. Knirscherschienen); Im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung erfolgt die Erstattung gemäß Punkt 5, sowie

b) die mit den Zahnbehandlungsmaßnahmen nach Buchstabe a) im direkten Zusammenhang stehenden

- zahnärztlichen Behandlungen inklusive Vor- und Nachbehandlungen wie z.B. OP-Mikroskop, Laserbehandlung, Anästhesieleistungen (ausgenommen Leistungen gemäß Punkt 4),
- funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen,
- nach ortsüblichen Preisen berechneten zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.

Erstattet werden 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen. Erbringt die GKV bzw. die freie Heilfürsorge oder die truppenärztliche Versorgung für eine Wurzelbehandlung oder Parodontosebehandlung bzw. für funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen oder zahnärztliche Vor- und Nachbehandlung keine Leistung, erstatten wir 85% der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen.

Für Aufbissbehelfe und Schienen werden 85 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen bis zur Höhe von 850 Euro pro Versicherungsjahr erstattet. Für DROS-Schienen wird nicht geleistet.

Vorleistungen gemäß Punkt 7 werden in Abzug gebracht.

2. Zahnmedizinische Individualprophylaxe

Erstattungsfähig sind die Kosten für Zahnprophylaxe. Hierunter fallen die folgenden nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnungsfähigen Behandlungen:

- die Erstellung eines Mundhygienestatus,
- die Durchführung von Kariesrisikodiagnostik,
- die eingehende Unterweisung zur Vorbeugung von Karies und parodontalen Erkrankungen,
- die Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- die Kontrolle des Übungserfolges,
- die Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit ausgehärtetem Kunststoff,
- die Behandlung überempfindlicher Zähne,
- die Erstellung des Parodontalstatus einschließlich Parodontaldiagnostik,
- die Beseitigung von scharfen Zahnkanten, grober Vorkontakte der Okklusion und Zahnbelägen,
- die lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger,
- die professionelle Zahnreinigung: Diese umfasst das Entfernen der supragingivalen / gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen.

Erstattet werden je Versicherungsjahr zweimal 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen jeweils bis zur Höhe von 85 Euro.

3. Zahnersatzmaßnahmen

Erstattungsfähig sind die Kosten für

a) Zahnersatz:

- Kronen
- Veneers, Lumineers,
- Inlays, Onlays, Overlays,
- Brücken, Brückenglieder, Ankerzähne,
- Implantate einschließlich der in diesem Zusammenhang anfallenden chirurgischen Maßnahmen wie Knochenaufbau,
- Teil- oder Vollprothesen,
- Verblendungen bis zum Zahn 8,
- Reparaturen von Zahnersatz sowie

b) die mit den Zahnersatzmaßnahmen nach Buchstabe a) im direkten Zusammenhang stehenden

- zahnärztlichen Behandlungen inklusive Vor- und Nachbehandlungen wie z.B. digitale Volumentomographie, Anästhesieleistungen (ausgenommen Leistungen gemäß Punkt 4), chirurgische Maßnahmen,

- funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen,
- nach ortsüblichen Preisen berechneten zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien, z.B. aus Keramik oder Edelmetall, auch als CEREC Versorgung.

Erstattet werden 85 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen.

Die Erstattung erhöht sich auf 90 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen, wenn Sie über Ihr Bonusheft nachweisen, dass Sie in den letzten 10 Jahren vor Behandlungsbeginn regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben.

Sofern Sie die Regelversorgung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung in Anspruch nehmen, beträgt die Erstattung 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen.

Vorleistungen gemäß Punkt 7 werden in Abzug gebracht werden.

4. Maßnahmen zur Schmerzlinderung

Erstattungsfähig sind beispielsweise die Kosten für

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

Erstattet werden 85 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen bis zur Höhe von 150 Euro pro Versicherungsjahr für Maßnahmen, die im direkten Zusammenhang mit einer versicherten Leistung gemäß Punkt 1, Punkt 3 und Punkt 5 stehen.

5. Kieferorthopädische Zahnbehandlungen

Erstattungsfähig sind Kosten für kieferorthopädische Behandlung, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen ist, die im Rahmen der GOZ und der GOÄ berechnet werden darf und deren Höchstsätze nicht überschreitet. Erstattungsfähig sind zudem die damit im Zusammenhang stehenden funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen und nach ortsüblichen Preisen berechneten zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.

Erstattet werden für die gesamte Dauer des Versicherungsverhältnisses 85 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen bis zur Höhe von 2.500 Euro, wobei Vorleistungen gemäß Punkt 7 in Abzug gebracht werden.

6. Leistungsbegrenzungen und allgemeine Summenbegrenzung

In den ersten vier Versicherungsjahren leistet der Versicherer je versicherte Person wie folgt:

- im ersten Versicherungsjahr bis zu 1.000 Euro,
- in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen bis zu 2.000 Euro,
- in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen bis zu 3.000 Euro,
- in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen bis zu 4.000 Euro.

Ab dem fünften Versicherungsjahr leistet der Versicherer unbegrenzt.

Leistungen für zahnmedizinische Individualprophylaxe gemäß Punkt 2 sind von dieser allgemeinen Summenbegrenzung ausgenommen.

Besteht für die versicherte Person bis Versicherungsbeginn eine Zusatzversicherung bei einem deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmen mit einem tariflichen Erstattungssatz von mindestens 80% inklusive Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung für privat Zahnärztliche Zahnersatzmaßnahmen, gilt in Abhängigkeit von einer nachgewiesenen ununterbrochenen Dauer dieser Versicherung von mindestens 12 Monaten (Vorversicherungszeit) folgende abweichende allgemeine Summenbegrenzung. Bei einer Laufzeit von:

- mindestens einem Versicherungsjahr gilt nur die allgemeine Summenbegrenzung gemäß Buchstabe a) bis c),
- mindestens zwei Versicherungsjahren gilt nur die allgemeine Summenbegrenzung gemäß Buchstabe a) und b),
- mindestens drei Versicherungsjahren gilt nur die allgemeine Summenbegrenzung gemäß Buchstabe a),
- mindestens vier Versicherungsjahren entfällt die allgemeine Summenbegrenzung.

Ist die zahnärztliche Heilbehandlung nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen, entfällt die allgemeine Summenbegrenzung. Als Unfall gilt nicht, wenn der Schaden an einem Zahn durch die Nahrungsaufnahme eingetreten ist oder wenn ein solcher beim Reinigen des herausnehmbaren Zahnersatzes entsteht.

Bei Tarifwechsel aus anderen Zahntarifen des Münchener Verein werden Leistungen aus dem bisherigen Tarif für das laufende Kalenderjahr auf den Höchsterstattungsbetrag aus dem neuen Tarif angerechnet.

Der Versicherer leistet, wenn bei einer versicherten Person während des Versicherungsschutzes eine medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlung von einem approbierten, niedergelassenen Zahnarzt angeraten oder bei diesem durchgeführt wird. Abweichend von § 4 Nr. 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen kann die versicherte Person auch Behandlungen in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) in Anspruch nehmen.

Für maximal einen bei Vertragsschluss fehlenden und noch nicht dauerhaft ersetzten Zahn besteht Leistungsanspruch, sofern die Zahnersatzmaßnahme noch nicht angeraten oder begonnen wurde. Wenn und soweit bei Vertragsabschluss mehr als ein Zahn fehlt, besteht Leistungsanspruch nur für Zahnersatzmaßnahmen bezüglich des ersten ersetzten Zahnes; erfolgen Zahnersatzmaßnahmen zeitgleich für mehr als einen der bei Vertragsabschluss fehlenden Zähne, ergibt sich der Anspruch aus der Höhe der im Durchschnitt angefallenen Kosten für diese ersetzten Zähne.

Für alle darüber hinaus fehlenden und nicht dauerhaft ersetzten Zähne besteht kein Leistungsanspruch.

Für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzmaßnahmen oder kieferorthopädische Behandlung, die vor Versicherungsbeginn angeraten oder begonnen worden sind, besteht kein Versicherungsschutz.

7. Anrechnung von Leistungen; Gebührenordnung; Heil- und Kostenpläne

Von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung abgezogen. Erbringt die GKV bzw. die freie Heilfürsorge oder die truppenärztliche Versorgung für den einer Zahnersatzmaßnahme oder einer kieferorthopädischen Behandlung zugrundeliegenden Versicherungsfall keine Leistung, gelten pauschal 35 % der erstattungsfähigen Aufwendungen als Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung.

Ergänzend zu § 4 Nr. 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt: Besteht in der freien Heilfürsorge oder in der truppenärztlichen Versorgung ein Selbstbehalt, so gilt dieser ebenfalls als Vorleistung und kann nicht erstattet werden.

Die Kosten für erstattungsfähige zahntechnische Leistungen werden dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem der Zahnarzt die angefertigten Materialien eingliedert.

Erstattungsfähig sind die Kosten der zahnärztlichen Heilbehandlung bis zu den Höchstsätzen¹ der deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ).

Bei einer bevorstehenden Versorgung, einer Zahnersatzmaßnahme oder einer kieferorthopädischen Behandlung, rät der Versicherer zur vorherigen Erstellung eines Heil- und Kostenplans durch den Zahnarzt. Der Versicherer gibt dem Versicherungsnehmer nach Vorlage des Heil- und Kostenplans Auskunft über die zu erwartende Versicherungsleistung.

8. Zukunftsgarantie

Wenn die befundbezogenen Festzuschüsse (Erstattungsbeträge nach § 55 Abs. 1 SGB V) für Zahnersatzmaßnahmen der GKV zukünftig entfallen, weil sie z.B. aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen werden, garantiert der Versicherer die unter Punkt B definierten Leistungen unverändert.

9. Innovationsgarantie

Zukünftig neu hinzukommende medizinisch notwendige zahnärztliche oder kieferorthopädische Heilbehandlungsmaßnahmen gemäß GOZ/GOÄ sind im tariflichen Umfang mitversichert.

C. Wartezeit

Abweichend von § 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen entfällt die Wartezeit.

D. Laufzeit

Abweichend von § 11 Abs. 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von 24 Monaten, mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Versicherungsjahres kündigen.

E. Leistungsnachweis

1. Mit dem ersten Antrag auf Leistungen für Zahnersatz ist ein Nachweis über die Vorversicherungszeit und die Höhe des tariflichen Anspruchs auf privatärztliche Zahnersatzmaßnahmen gemäß Punkt B.6 zu erbringen. Bei Vorliegen des Nachweises wird die versicherte Person so gestellt, als habe sie die nachgewiesenen Versicherungsjahre bezüglich der allgemeinen Summenbegrenzung des Punktes B.6 bereits durchlaufen.
2. Mit dem ersten Antrag auf Leistungen nach den Punkten B.1, B.3 oder B.5 ist ein Nachweis über den letzten zugrundeliegenden Zahnstatus zu erbringen.
3. Mit jedem Antrag auf Leistungen sind Nachweise über die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung vorzulegen. Leistet die GKV bzw. die freie Heilfürsorge oder die truppenärztliche Versorgung nicht vor, wird zur Leistungsprüfung der Originalbeleg zusammen mit dem Ablehnungsschreiben benötigt.
4. Werden fehlende Zähne ersetzt, muss der Versicherungsnehmer den Zeitpunkt der Extraktion bzw. des Verlustes nachweisen.

F. Leistungen des Versicherungsnehmers

Zu Beginn der Versicherung ist der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter der zu versichernden Personen entspricht. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Für Personen, die das 5., 15., 25., 35., 40., 45., 50., 55., 60. Lebensjahr vollendet haben ist ab Beginn des auf diesen Zeitpunkt folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen.

¹ Höchstsatz der GOZ bzw. der GOÄ ist derzeit der 3,5-fache Satz.

Anhang

Sozialgesetz 5. Buch (SGB V)

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

- (1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

§ 55 Leistungsanspruch

- (1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahn-technische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung
1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
 2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen. Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

ZahnGesund 100

Tarifstufe 579

Diese Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung ohne Rückstellungsbildung

A. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In Ergänzung zu § 1 Absatz 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind aufnahme- und versicherungsfähig nur Personen, die bei Tarifabschluss nicht mehr als drei fehlende, nicht dauerhaft ersetzte Zähne haben. Ausgenommen hiervon sind Weisheitszähne, Milchzähne und bestehende Lückenschlüsse. Soweit die versicherte Person bei Vertragsschluss mehr als drei fehlende, nicht dauerhaft ersetzte Zähne hat, besteht daher kein Versicherungsschutz. Dies gilt auch für den Fall, dass Beiträge entrichtet wurden bzw. weiter entrichtet werden.

B. Leistungen der Zahnzusatzversicherung

1. Zahnbehandlungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für

a) Zahnbehandlungen

- Kunststofffüllungen (z.B. Komposit- oder Dentin-Adhäsive-Füllungen, alternativ Kariesinfiltration),
- Wurzelbehandlungen (z.B. Wurzelkanalbehandlung, Wurzelspitzenresektion, elektrometrische Längenmessung),
- Parodontosebehandlungen (z.B. Weichgewebsmaßnahmen, Schleimhauttransplantation, Bakterienanalysen in Form von Untersuchungen von paropathogenen Keimen als Nachweis, VECTOR-Technologie, photoaktivierte Chemotherapie (PACT)),
- Aufbissbehelfe und Schienen (z.B. Knirscherschienen); Im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung erfolgt die Erstattung gemäß Punkt 6, sowie

b) die mit den Zahnbehandlungsmaßnahmen nach Buchstabe a) im direkten Zusammenhang stehenden

- zahnärztlichen Behandlungen inklusive Vor- und Nachbehandlungen wie z.B. OP-Mikroskop, Laserbehandlung, Anästhesieleistungen (ausgenommen Leistungen gemäß Punkt 4),
- funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen,
- nach ortsüblichen Preisen berechneten zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.

Erstattet werden 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen, wobei Vorleistungen gemäß Punkt 8 in Abzug gebracht werden.

2. Zahnmedizinische Individualprophylaxe

Erstattungsfähig sind die Kosten für Zahnprophylaxe. Hierunter fallen die folgenden nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnungsfähigen Behandlungen:

- die Erstellung eines Mundhygienestatus,
- die Durchführung von Kariesrisikodiagnostik,
- die eingehende Unterweisung zur Vorbeugung von Karies und parodontalen Erkrankungen,
- die Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- die Kontrolle des Übungserfolges,
- die Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit ausgehärtetem Kunststoff,
- die Behandlung überempfindlicher Zähne,
- die Erstellung des Parodontalstatus einschließlich Parodontaldiagnostik,
- die Beseitigung von scharfen Zahnkanten, grober Vorkontakte der Okklusion und Zahnbelägen,
- die lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger,
- die professionelle Zahnreinigung: Diese umfasst das Entfernen der supragingivalen / gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen.

Erstattet werden je Versicherungsjahr zweimal 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen jeweils bis zur Höhe von 100 Euro.

3. Zahnersatzmaßnahmen

Erstattungsfähig sind die Kosten für

a) Zahnersatz:

- Kronen,
- Veneers, Lumineers,
- Inlays, Onlays, Overlays,
- Brücken, Brückenglieder, Ankerzähne,
- Implantate einschließlich der in diesem Zusammenhang anfallenden chirurgischen Maßnahmen wie Knochenaufbau,
- Teil- oder Vollprothesen,
- Verblendungen bis zum Zahn 8,
- Reparaturen von Zahnersatz sowie

b) die mit den Zahnersatzmaßnahmen nach Buchstabe a) im direkten Zusammenhang stehenden

- zahnärztlichen Behandlungen inklusive Vor- und Nachbehandlungen wie z.B. digitale Volumentomographie, Anästhesieleistungen (ausgenommen Leistungen gemäß Punkt 4), chirurgische Maßnahmen,
- funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen,
- nach ortsüblichen Preisen berechneten zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien, z.B. aus Keramik oder Edelmetall, auch als CEREC Versorgung.

Erstattet werden 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen, wobei Vorleistungen gemäß Punkt 8 in Abzug gebracht werden.

4. Maßnahmen zur Schmerzlinderung

Erstattungsfähig sind beispielsweise die Kosten für

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

Erstattet werden 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen bis zur Höhe von 300 Euro pro Versicherungsjahr für Maßnahmen, die im direkten Zusammenhang mit einer versicherten Leistung gemäß Punkt 1, Punkt 3 und Punkt 6 stehen.

5. Maßnahmen zur Zahnaufhellung

Erstattet werden, unabhängig vom Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit, 100 % der Aufwendungen für zahnaufhellende Maßnahmen (z.B. Bleaching) bis zur Höhe von 200 Euro innerhalb von zwei Versicherungsjahren. Voraussetzung ist, dass diese Maßnahmen von einem approbierten, niedergelassenen Zahnarzt oder unter dessen ärztlicher Aufsicht nach fachlicher Weisung durchgeführt werden.

6. Kieferorthopädische Zahnbehandlungen

Erstattungsfähig sind Kosten für kieferorthopädische Behandlung, die im Rahmen der GOZ und der GOÄ berechnet werden darf und deren Höchstsätze nicht überschreitet. Dies umfasst auch die Erstattung von Aufbissbehelfen und Schienen (z.B. DROS-Schienen). Erstattungsfähig sind zudem die damit im Zusammenhang stehenden funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen und nach ortsüblichen Preisen berechneten zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.

Erstattet werden für die gesamte Dauer des Versicherungsverhältnisses 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen

- für bis zum vollendeten 18. Lebensjahr begonnene Behandlungen bis zur Höhe von 5.000 Euro oder
- für ab dem 19. Lebensjahr begonnene Behandlungen bis zur Höhe von 2.500 Euro,

wobei Vorleistungen gemäß Punkt 8 in Abzug gebracht werden.

7. Leistungsbegrenzungen und allgemeine Summenbegrenzung

In den ersten vier Versicherungsjahren leistet der Versicherer je versicherte Person wie folgt:

- a) im ersten Versicherungsjahr bis zu 1.500 Euro,
- b) in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen bis zu 3.000 Euro,
- c) in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen bis zu 4.500 Euro,
- d) in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen bis zu 6.000 Euro.

Ab dem fünften Versicherungsjahr leistet der Versicherer unbegrenzt.

Leistungen für zahnmedizinische Individualprophylaxe gemäß Punkt 2 sind von dieser allgemeinen Summenbegrenzung ausgenommen.

Besteht für die versicherte Person bis Versicherungsbeginn eine Zusatzversicherung bei einem deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmen mit einem tariflichen Erstattungssatz von mindestens 90% inklusive Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung für privat Zahnärztliche Zahnersatzmaßnahmen, gilt in Abhängigkeit von einer nachgewiesenen ununterbrochenen Dauer dieser Versicherung von mindestens 12 Monaten (Vorversicherungszeit) folgende abweichende allgemeine Summenbegrenzung. Bei einer Laufzeit von:

- mindestens einem Versicherungsjahr gilt nur die allgemeine Summenbegrenzung gemäß Buchstabe a) bis c),
- mindestens zwei Versicherungsjahren gilt nur die allgemeine Summenbegrenzung gemäß Buchstabe a) und b),
- mindestens drei Versicherungsjahren gilt nur die allgemeine Summenbegrenzung gemäß Buchstabe a),
- mindestens vier Versicherungsjahren entfällt die allgemeine Summenbegrenzung.

Ist die zahnärztliche Heilbehandlung nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen, entfällt die allgemeine Summenbegrenzung. Als Unfall gilt nicht, wenn der Schaden an einem Zahn durch die Nahrungsaufnahme eingetreten ist oder wenn ein solcher beim Reinigen des herausnehmbaren Zahnersatzes entsteht.

Bei Tarifwechsel aus anderen Zahnтарifen des Münchener Verein werden Leistungen aus dem bisherigen Tarif für das laufende Kalenderjahr auf den Höchsterstattungsbetrag aus dem neuen Tarif angerechnet.

Der Versicherer leistet, wenn bei einer versicherten Person während des Versicherungsschutzes eine medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlung von einem approbierten, niedergelassenen Zahnarzt angeraten oder bei diesem durchgeführt wird. Abweichend von § 4 Nr. 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen kann die versicherte Person auch Behandlungen in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) in Anspruch nehmen.

Für maximal einen bei Vertragsschluss fehlenden und noch nicht dauerhaft ersetzten Zahn besteht Leistungsanspruch, sofern die Zahnersatzmaßnahme noch nicht angeraten oder begonnen wurde. Wenn und soweit bei Vertragsabschluss mehr als ein Zahn fehlt, besteht Leistungsanspruch nur für Zahnersatzmaßnahmen bezüglich des ersten ersetzten Zahnes; erfolgen Zahnersatzmaßnahmen zeitgleich für mehr als einen der bei Vertragsabschluss fehlenden Zähne, ergibt sich der Anspruch aus der Höhe der im Durchschnitt angefallenen Kosten für diese ersetzten Zähne.

Für alle darüber hinaus fehlenden und nicht dauerhaft ersetzten Zähne besteht kein Leistungsanspruch.

Für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzmaßnahmen oder kieferorthopädische Behandlung, die vor Versicherungsbeginn angeraten oder begonnen worden sind, besteht kein Versicherungsschutz.

8. Anrechnung von Leistungen; Gebührenordnung; Heil- und Kostenpläne

Von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung abgezogen. Erbringt die GKV bzw. die freie Heilfürsorge oder die truppenärztliche Versorgung für den einer Zahnersatzmaßnahme oder einer kieferorthopädischen Behandlung zugrunde liegenden Versicherungsfall keine Leistung, gelten pauschal 35 % der erstattungsfähigen Aufwendungen als Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung.

Ergänzend zu § 4 Nr. 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt: Besteht in der freien Heilfürsorge oder in der truppenärztlichen Versorgung ein Selbstbehalt, so gilt dieser ebenfalls als Vorleistung und kann nicht erstattet werden.

Die Kosten für erstattungsfähige zahntechnische Leistungen werden dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem der Zahnarzt die angefertigten Materialien eingliedert.

Erstattungsfähig sind die Kosten der zahnärztlichen Heilbehandlung bis zu den Höchstsätzen¹ der deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ).

Bei einer bevorstehenden Versorgung, einer Zahnersatzmaßnahme oder einer kieferorthopädischen Behandlung, rät der Versicherer zur vorherigen Erstellung eines Heil- und Kostenplans durch den Zahnarzt. Der Versicherer gibt dem Versicherungsnehmer nach Vorlage des Heil- und Kostenplans Auskunft über die zu erwartende Versicherungsleistung.

9. Zukunftsgarantie

Wenn die befundbezogenen Festzuschüsse (Erstattungsbeträge nach § 55 Abs. 1 SGB V) für Zahnersatzmaßnahmen der GKV zukünftig entfallen, weil sie z.B. aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen werden, garantiert der Versicherer die unter Punkt B definierten Leistungen unverändert.

10. Innovationsgarantie

Zukünftig neu hinzukommende medizinisch notwendige zahnärztliche oder kieferorthopädische Heilbehandlungsmaßnahmen gemäß GOZ/GOÄ sind im tariflichen Umfang mitversichert.

C. Wartezeit

Abweichend von § 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen entfällt die Wartezeit.

D. Laufzeit

Abweichend von § 11 Abs. 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von 24 Monaten, mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Versicherungsjahres kündigen.

E. Leistungsnachweis

1. Mit dem ersten Antrag auf Leistungen für Zahnersatz ist ein Nachweis über die Vorversicherungszeit und die Höhe des tariflichen Anspruchs auf privatärztliche Zahnersatzmaßnahmen gemäß Punkt B.7 zu erbringen. Bei Vorliegen des Nachweises wird die versicherte Person so gestellt, als habe sie die nachgewiesenen Versicherungsjahre bezüglich der allgemeinen Summenbegrenzung des Punktes B.7 bereits durchlaufen.
2. Mit dem ersten Antrag auf Leistungen nach den Punkten B.1, B.3 oder B.6 ist ein Nachweis über den letzten zugrundeliegenden Zahnstatus zu erbringen.
3. Mit jedem Antrag auf Leistungen sind Nachweise über die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung vorzulegen. Leistet die GKV bzw. die freie Heilfürsorge oder die truppenärztliche Versorgung nicht vor, wird zur Leistungsprüfung der Originalbeleg zusammen mit dem Ablehnungsschreiben benötigt.
4. Werden fehlende Zähne ersetzt, muss der Versicherungsnehmer den Zeitpunkt der Extraktion bzw. des Verlustes nachweisen.

F. Leistungen des Versicherungsnehmers

Zu Beginn der Versicherung ist der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter der zu versichernden Personen entspricht. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Für Personen, die das 5., 15., 25., 30., 35., 45., 50., 55., 60. Lebensjahr vollendet haben, ist ab Beginn des auf diesen Zeitpunkt folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen.

¹ Höchstsatz der GOZ bzw. der GOÄ ist derzeit der 3,5-fache Satz.

Anhang

Sozialgesetz 5. Buch (SGB V)

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

- (1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

§ 55 Leistungsanspruch

- (1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahn-technische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung
1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
 2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen. Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über den Versicherungsschutz im Tarif ZahnGesund (Tarifstufen 577, 578, 579). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten zum Krankenversicherungsvertrag finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung ohne Rückstellungsbildung und den Bedingungen des jeweiligen Tarifs ZahnGesund, dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle diese Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Zahnversicherung. Gegenstand des angebotenen Vertrags sind Tarife, die die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung im Bereich Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Zahnersatz, Kieferorthopädie und Schmerzlinderung ergänzen.



Was ist versichert?

Nachfolgend ein Auszug aus den wesentlichen Leistungen (siehe Ziffer B der Tarifbedingungen)

- ✓ Erstattungshöhe Zahnbehandlung
Nach Vorleistung der vorrangigen Leistungsträger: 100%.
Ohne Vorleistung je nach Tarif 75% (Tarif 577), 85% (Tarif 578) oder 100% (Tarif 579)
Aufbissbehelfe und Schienen je nach Tarif 75% bis 500 EUR je Versicherungsjahr (Tarif 577), 85% bis 850 EUR je Versicherungsjahr (Tarif 578) bzw. 100% (Tarif 579). Für DROS-Schienen wird in Tarif 577 und 578 nicht geleistet.
- ✓ Leistungsumfang Zahnprophylaxe
zweimal im Versicherungsjahr 100% bis 75 EUR (Tarif 577) bzw. 85 EUR (Tarif 578) bzw. 100 EUR (Tarif 579)
- ✓ Leistungsumfang Zahnersatz
Erstattung (einschließlich Vorleistung der vorrangigen Leistungsträger) 75% (Tarif 577) bzw. 85% (Tarif 578) bzw. 100% (Tarif 579), bei Inanspruchnahme der Regelversorgung 100%
Erstattung erhöht sich auf 80% (Tarif 577) bzw. 90% (Tarif 578) bei Nachweis über regelmäßige Vorsorgeuntersuchung in den letzten 10 Jahren
- ✓ Leistungsumfang Kieferorthopädie
Unfallbedingt 75% (Tarif 577) bzw. 85% (Tarif 578) der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen bis zur Höhe von 1.000 EUR (Tarif 577) bzw. 2.500 EUR (Tarif 578). In Tarif 579 100% der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen für bis zum vollendeten 18. Lebensjahr begonnene Behandlungen bis 5.000 EUR oder für ab dem 19. Lebensjahr begonnene Behandlungen bis 2.500 EUR.
- ✓ Leistungsumfang Schmerzlinderung
75% (Tarif 577) bzw. 85% (Tarif 578) bzw. 100% (Tarif 579) der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen bis 75 EUR (Tarif 577) bzw. 150 EUR (Tarif 578) bzw. 300 EUR (Tarif 579) pro Versicherungsjahr



Was ist nicht versichert?

- ✗ Für maximal einen bei Vertragsschluss fehlenden und noch nicht dauerhaft ersetzten Zahn besteht Leistungsanspruch, sofern die Zahnersatzmaßnahme noch nicht angeraten oder begonnen wurde. Für alle darüber hinaus fehlenden und nicht dauerhaft ersetzten Zähne besteht kein Leistungsanspruch.
- ✗ Für Zahnbehandlungs- bzw. Zahnersatzmaßnahmen oder kieferorthopädische Behandlung, die vor Versicherungsbeginn angeraten oder begonnen worden sind, besteht kein Versicherungsschutz.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den AVB, insbesondere in § 5.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Die tariflichen Leistungen sind in den ersten vier Versicherungsjahren begrenzt:

- ! im ersten Versicherungsjahr bis zu 900 EUR (Tarif 577), 1.000 EUR (Tarif 578) bzw. 1.500 EUR (Tarif 579)
- ! in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen bis zu 1.800 EUR (Tarif 577), 2.000 EUR (Tarif 578) bzw. 3.000 EUR (Tarif 579)
- ! in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen bis zu 2.700 EUR (Tarif 577), 3.000 EUR (Tarif 578) bzw. 4.500 EUR (Tarif 579)
- ! und in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen bis zu 3.600 EUR (Tarif 577), 4.000 EUR (Tarif 578) bzw. 6.000 EUR (Tarif 579).



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz gilt weltweit.
- ✓ 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 in Deutschland zu erbringen hätte.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Die Zahnzusatzversicherung ZahnGesund können Sie abschließen und weiterführen, wenn und solange für die versicherte Person ein Leistungsanspruch bei einer deutschen GKV bzw. auf freie Heilfürsorge besteht oder bei einem Anspruch auf truppenärztliche Versorgung. Weiter sind aufnahme- und versicherungsfähig nur Personen, die bei Tarifabschluss nicht mehr als drei fehlende, nicht dauerhaft ersetzte Zähne haben. Ausgenommen hiervon sind Weisheitszähne, Milchzähne und bestehende Lückenschlüsse.
- Damit der Vertrag geschlossen werden kann, sind Ihre vollständigen Kontoangaben erforderlich. Sie ermächtigen uns gleichzeitig, den Beitrag von dem von Ihnen genannten Konto im Lastschriftinzugsverfahren abzubuchen.
- Achten Sie bitte zur Fälligkeit des Beitrages auf Ihre Kontodeckung. Der Vertrag kann sonst nicht bestehen bleiben.
- Legen Sie Kostenbelege immer zuerst Ihrer GKV, dem Träger der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung vor. Wir benötigen zur Leistungsprüfung die Zweitschriften zusammen mit dem Erstattungsvermerk oder die Originalbelege.
- Eine versicherte Person muss auf unser Verlangen jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach erforderlich ist.



Wann und wie zahle ich?

Den Monatsbeitrag je versicherte Person entnehmen Sie dem Antrag und dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Sie können den Beitrag wahlweise monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen. Vereinbart ist die Beitragszahlung per Lastschriftinzugsverfahren.

Die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins, nicht aber vor dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt zu zahlen. Alle weiteren Beitragsraten sind am Ersten des Monats der vereinbarten Periode zu bezahlen. Bitte sorgen Sie rechtzeitig für eine ausreichende Deckung auf Ihrem Konto.

Wenn Sie den Erstbeitrag aus eigenem Verschulden nicht rechtzeitig zahlen, können wir solange vom Vertrag zurücktreten, bis die Zahlung erfolgt ist. Außerdem werden wir dann im Versicherungsfall nicht leisten.

Wenn ein fälliger Folgebeitrag ausbleibt, fordern wir Sie auf, den rückständigen Beitrag innerhalb einer Frist von zwei Wochen zu bezahlen. Sind Sie nach Fristablauf noch mit der Zahlung des Beitrags in Verzug, so entfällt Ihr Versicherungsschutz.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) bzw. nicht vor der Erteilung einer Lastschriftinzugsermächtigung (Online-Abschluss). Wartezeiten sind nicht zu erfüllen.

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

Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Die Mindestvertragsdauer beläuft sich auf 24 Monate. Sie können das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens zum Ablauf der vereinbarten Mindestvertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Versicherungsjahres kündigen.

Das Versicherungsverhältnis endet mit der Beendigung des Versicherungsschutzes in der GKV, dem Ende des Anspruchs auf freie Heilfürsorge bzw. auf truppenärztliche Versorgung oder bei Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung.

1. Name und Kontaktdaten der ICD (verantwortliche Stelle) sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der ICD ist unter der o.a. Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz, oder per E-Mail unter: datenschutz@arvato-infoscore.de erreichbar.

2. Zwecke der Datenverarbeitung der ICD

Die ICD verarbeitet und speichert personenbezogene Daten, um ihren Vertragspartnern Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen und juristischen Personen sowie zur Prüfung der postalischen Erreichbarkeit von Personen zu geben. Hierzu werden auch Wahrscheinlichkeits- bzw. Scoringwerte errechnet und übermittelt. Solche Auskünfte sind notwendig und erlaubt, um das Zahlungsausfallrisiko z.B. bei einer Kreditvergabe, beim Rechnungskauf oder bei Abschluss eines Versicherungsvertrages vorab einschätzen zu können. Die Datenverarbeitung und die darauf basierenden Auskunftserteilungen der ICD dienen gleichzeitig der Bewahrung der Auskunftsempfänger vor wirtschaftlichen Verlusten und schützen Verbraucher gleichzeitig vor der Gefahr der übermäßigen Verschuldung. Die Verarbeitung der Daten erfolgt darüber hinaus zur Identitätsprüfung, Betrugsprävention, Anschriftenermittlung, Risikosteuerung, Festlegung von Zahlarten oder Konditionen sowie zur Tarifierung.

3. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung der ICD

Die ICD ist ein Auskunftseunternehmen, das als solches bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde gemeldet ist. Die Verarbeitung der Daten durch die ICD erfolgt auf Basis einer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1a i.V.m. Art. 7 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) oder auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 f DSGVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist und sofern die Interessen und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, nicht überwiegen. Die ICD stellt ihren Vertragspartnern die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn eine Einwilligung des Betroffenen vorliegt oder von den Vertragspartnern ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und eine Verarbeitung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Das berechtigte Interesse ist insbesondere vor Eingehung von Geschäften mit wirtschaftlichem Risiko gegeben (z.B. Rechnungskauf, Kreditvergabe, Abschluss eines Mobilfunk-, Festnetz- oder Versicherungsvertrages).

4. Kategorien der personenbezogenen Daten der ICD

Von der ICD werden personenbezogene Daten (Name, Vorname(n), Geburtsdatum, Anschrift(en), Telefonnummer(n), E-Mail-Adresse(n)), Informationen zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe auch Ziff. 5), zu Schuldnerverzeichniseinträgen, (Privat-) Insolvenzverfahren und zur postalischen (Nicht-)Erreichbarkeit sowie entsprechende Scorewerte verarbeitet bzw. gespeichert.

5. Herkunft der Daten der ICD

Die Daten der ICD stammen aus den amtlichen Insolvenzveröffentlichungen sowie den Schuldnerverzeichnissen, die bei den zentralen Vollstreckungsgerichten geführt werden. Dazu kommen Informationen von Vertragspartnern der ICD über vertragswidriges Zahlungsverhalten basierend auf gerichtlichen sowie außergerichtlichen Inkassomaßnahmen. Darüber hinaus werden personenbezogene Daten (s. Nr. 4) aus den Anfragen von Vertragspartnern der ICD gespeichert.

6. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten der ICD

Empfänger sind ausschließlich Vertragspartner der ICD. Dies sind insbesondere Unternehmen, die ein wirtschaftliches Risiko tragen und ihren Sitz im Europäischen Wirtschaftsraum, in Großbritannien und in der Schweiz haben. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um Versandhandels- bzw. eCommerce-, Telekommunikations- und Versicherungsunternehmen, Finanzdienstleister (z.B. Banken, Kreditkartenanbieter), Energieversorgungs- und Dienstleistungsunternehmen. Darüber hinaus gehören zu den Vertragspartnern der ICD Unternehmen, die Forderungen einziehen, wie etwa Inkassounternehmen, Abrechnungsstellen, Rechtsanwälte sowie Adressdienstleister.

7. Dauer der Datenspeicherung der ICD

Die ICD speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Zeit, nämlich solange, wie deren Speicherung i.S.d. Art. 17 Abs. 1 lit. a) DSGVO notwendig ist.

Die bei der ICD zur Anwendung kommenden Prüf- und Löschrufen entsprechen einer Selbstverpflichtung (Code of Conduct) der im Verband „Die Wirtschaftsauskunfteien e.V.“ zusammengeschlossenen Auskunftseunternehmen.

- Informationen über fällige und unbestrittene Forderungen bleiben gespeichert, so lange deren Ausgleich nicht bekannt gegeben wurde; die Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung wird jeweils taggenau nach drei Jahren überprüft. Wird der Ausgleich der Forderung bekannt gegeben, erfolgt eine Löschung der personenbezogenen Daten taggenau drei Jahre danach.
- Daten aus den Schuldnerverzeichnissen der zentralen Vollstreckungsgerichte (Eintragungen nach § 882c Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 – 3 ZPO) werden taggenau nach drei Jahren gelöscht, jedoch vorzeitig, wenn der ICD eine Löschung durch das zentrale Vollstreckungsgericht nachgewiesen wird.
- Informationen über Verbraucher-/Insolvenzverfahren oder Restschuldbefreiungsverfahren werden taggenau drei Jahre nach Beendigung des Insolvenzverfahrens oder nach Erteilung oder Versagung der Restschuldbefreiung gelöscht.
- Informationen über die Abweisung eines Insolvenzantrages mangels Masse, die Aufhebung der Sicherungsmaßnahmen oder über die Versagung der Restschuldbefreiung werden taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Angaben über Anfragen werden spätestens taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Voranschriften bleiben taggenau drei Jahre gespeichert; danach erfolgt die Prüfung der Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung für weitere drei Jahre. Danach werden sie taggenau gelöscht, sofern nicht zum Zwecke der Identifizierung eine länger währende Speicherung erforderlich ist.

8. Betroffenenrechte gegenüber der ICD

Jede betroffene Person hat gegenüber der ICD das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die ICD zuständige Aufsichtsbehörde -Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg, Königsstr. 10 a, 70173 Stuttgart- zu wenden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DSGVO erteilt wurden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

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

Sofern Sie wissen wollen, welche Daten die ICD zu Ihrer Person gespeichert und an wen sie welche Daten übermittelt hat, teilt Ihnen die ICD das gerne im Rahmen einer unentgeltlichen schriftlichen Selbstauskunft mit. Die ICD bittet um Ihr Verständnis, dass sie aus datenschutzrechtlichen Gründen keinerlei telefonische Auskünfte erteilen darf, da eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person am Telefon nicht möglich ist. Um einen Missbrauch des Auskunftsrechts durch Dritte zu vermeiden, benötigt die ICD folgende Angaben von Ihnen: Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n), Geburtsdatum, Aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort), ggf. Voranschriften der letzten fünf Jahre (dies dient der Vollständigkeit der zu erteilenden Auskunft)

Wenn Sie –auf freiwilliger Basis– eine Kopie Ihres Ausweises beifügen, erleichtern Sie der ICD die Identifizierung Ihrer Person und vermeiden damit mögliche Rückfragen. Sie können die Selbstauskunft auch via Internet unter <https://www.experian.de/selbstauskunft> beantragen.

9. Profilbildung/Profiling/Scoring

Die ICD-Auskunft kann um sogenannte Scorewerte ergänzt werden. Beim Scoring der ICD wird anhand von Informationen und Erfahrungen aus der Vergangenheit eine Prognose insbesondere über Zahlungswahrscheinlichkeiten erstellt. Das Scoring basiert primär auf Basis der zu einer betroffenen Person bei der ICD gespeicherten Informationen. Anhand dieser Daten, von adressbezogenen Daten sowie von Anschriftendaten erfolgt auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren (insbes. Verfahren der logistischen Regression) eine Zuordnung zu Personengruppen, die in der Vergangenheit ähnliches Zahlungsverhalten aufwiesen.

Folgende Datenarten werden bei der ICD für das Scoring verwendet, wobei nicht jede Datenart auch in jede einzelne Berechnung mit einfließt: Daten zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe Nrn. 4 u. 5), zu Schuldnerverzeichnis-Einträgen und Insolvenzverfahren (siehe Nrn. 4 u. 5), Geschlecht und Alter der Person, adressbezogene Daten (Bekanntsein des Namens bzw. des Haushalts an der Adresse, Anzahl bekannter Personen im Haushalt (Haushaltsstruktur), Bekantsein der Adresse), Anschriftendaten (Informationen zu vertragswidrigem Zahlungsverhalten in Ihrem Wohnumfeld (Straße/Haus)), Daten aus Anfragen von Vertragspartnern der ICD.

Besondere Kategorien von Daten i.S.d. Art. 9 DSGVO (z.B. Angaben zur Staatsangehörigkeit, ethnischen Herkunft oder zu politischen oder religiösen Einstellungen) werden von der ICD weder gespeichert noch bei der Berechnung von Wahrscheinlichkeitswerten berücksichtigt. Auch die Geltendmachung von Rechten nach der DSGVO, also z.B. die Einschränkung in die bei der ICD gespeicherten Informationen nach Art. 15 DSGVO, hat keinen Einfluss auf das Scoring.

Die ICD selbst trifft keine Entscheidungen über den Abschluss eines Rechtsgeschäfts oder dessen Rahmenbedingungen (wie z.B. angebotene Zahlarten), sie unterstützt die ihr angeschlossenen Vertragspartner lediglich mit ihren Informationen bei der diesbezüglichen Entscheidungsfindung. Die Risikoeinschätzung und Beurteilung der Kreditwürdigkeit sowie die darauf basierende Entscheidung erfolgt allein durch Ihren Geschäftspartner.

Datenschutzhinweise der Münchener Verein Krankenversicherung a. G.

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie und etwaig andere betroffene Personen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die **Münchener Verein Krankenversicherung a. G.** und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Bitte informieren Sie etwaig andere betroffene Personen (z.B. versicherte Personen, Beitragszahler/innen, etc.) entsprechend.

Wer ist verantwortlich für die Datenverarbeitung?

Münchener Verein
Krankenversicherung a. G.
Pettenkofenstr. 19, 80336 München
Telefon: 089 / 5152–1000, Fax: 089 / 5152–1501
E-Mail-Adresse: info@muenchener-verein.de

Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter datenschutz@muenchener-verein.de

Zu welchem Zweck und auf welcher Rechtsgrundlage werden Daten verarbeitet?

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Informationen zu den Verhaltensregeln (Code of Conduct) können Sie im Internet unter: <https://www.muenchener-verein.de/datenschutz> abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für die Entscheidung über den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung, Leistungsabrechnung oder Rechnungsstellung.

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

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke sind die Regelungen der DSGVO und des BDSG. Soweit besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Gesundheitsdaten) für Vertragszwecke verarbeitet werden, holen wir Ihre Einwilligung ein oder verarbeiten auf Grundlage der DSGVO (z.B. bei der Geltendmachung von Ausgleichsansprüchen bei Mehrfachversicherung).

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren. Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen des Münchener Verein und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungsverpflichtung sowie zur Geltendmachung von Rechtsansprüchen.

Woher beziehen wir Ihre Daten und welche Kategorien von Daten verarbeiten wir?

Neben personenbezogenen Daten, die wir im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung von Ihnen erhalten, verarbeiten wir – soweit zur Erbringung unserer Dienstleistung erforderlich – personenbezogene Daten, die wir von für Sie zuständigen Vermittlern/Beratern oder von sonstigen Dritten (z.B. Auskunftgebern) zulässigerweise (z.B. zur Erfüllung von Verträgen oder aufgrund einer von Ihnen erteilten Einwilligung) erhalten haben. Weiterhin verarbeiten wir personenbezogene

Daten, die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (z.B. Handelsregister, Schuldnerverzeichnisse, Medien) zulässigerweise gewonnen haben und verarbeiten dürfen.

Relevante personenbezogene Daten sind Personalien (z.B. Name, Adresse, Geburtsdatum) und Legitimationsdaten (z. B. Ausweisdaten). Darüber hinaus können dies auch Dokumentationsdaten (z. B. Beratungsprotokoll) sowie andere mit den genannten Kategorien vergleichbare Daten sein. Im Rahmen der Geltendmachung von Rechtsansprüchen verarbeiten wir erforderlichenfalls auch Gesundheitsdaten.

Welche Empfänger bekommen Ihre personenbezogenen Daten?

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer).

Neben Rückversicherern sind auch Vermittler und externe Dienstleister Empfänger personenbezogener Daten. Weitere Informationen zu deren Tätigkeit und dem Umfang und Zweck der Datenübermittlung entnehmen Sie bitte dem Text der Einwilligung- und Schweigepflichterklärung im Antragsformular.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden) sowie andere Versicherer (z.B. bei Vorliegen einer Mehrfachversicherung).

Wie lange speichern wir Ihre Daten?

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

Welche Betroffenenrechte haben Sie?

Sie können jederzeit Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Vorausset-

zungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

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

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

Welches Beschwerderecht haben Sie?

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

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht,
Promenade 18, 91522 Ansbach.

Tauschen wir Daten mit Ihrem früheren Versicherer aus?

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

Wie treffen wir automatisierte Einzelfallentscheidungen?

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen, den Widerruf und die Kündigung des Vertrages oder die Entscheidung über die Leistungspflicht im Versicherungsfall.

Eine vollautomatisierte Entscheidung erfolgt auf Grundlage mathematisch-statistischer Methoden und, bei der Leistungsentscheidung, nach den Vorgaben der Gebührenordnungen.

Wie holen wir Bonitätsauskünfte ein?

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei einer Auskunftsei (z.B. infoscore) Informationen zur Beurteilung Ihres Zahlungsausfallrisikos ab.

Dienstleisterliste

Münchener Verein Krankenversicherung a.G.
Münchener Verein Lebensversicherung AG
Münchener Verein Allgemeine Versicherungs-AG

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste der Dienstleister, die vertragsgemäß von der Schweigepflicht geschützte Daten und / oder Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen. Die Aufgaben, die den einzelnen Stellen übertragen sind, können Sie gerne der nachfolgenden Auflistung entnehmen.

Gesellschaften der Münchener Verein Versicherungsgruppe, die von der Schweigepflicht geschützte Stammdaten der Versicherten in einem gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren nutzen:
Münchener Verein Krankenversicherung a.G., Münchener Verein Lebensversicherung AG, Münchener Verein Allgemeine Versicherungs-AG

Folgende Dienstleister erheben, verarbeiten oder nutzen Gesundheitsdaten oder nach § 203 StGB geschützte Daten im Auftrag der Unternehmen der Münchener Verein Versicherungsgruppe:

- **Für die Münchener Verein Krankenversicherung a.G., Münchener Verein Lebensversicherung AG und Münchener Verein Allgemeine Versicherungs-AG**

Deutsche Post Direkt GmbH	Adressrecherche
Deutsche Post Adress GmbH & Co KG	Adressrecherche
Dienstleister für Druck, Kuvertierung und Versand	Durchführung von Postversand-Aktionen
IT-Consulting-Firmen	IT-techn. Prozesse/Wartung/Pflege
documentus Bayern GmbH	datenschutzgerechte Akten- und Datenvernichtung
Infoscore Consumer Data GmbH	Bonitätsprüfung
ARA GmbH	externes Call Center

- **Für die Münchener Verein Krankenversicherung a.G.**

IMA Deutschland GMBH	Auslandsassistenz
MedCare, Coral Springs	Auslandsassistenz (Unterstützung bei Fällen mit Auslandsbezug und/oder Rücktransport)
ViaMed GmbH	Unterstützung bei der medizinischen Begutachtung
IMB Consult GmbH	Unterstützung bei der medizinischen Begutachtung
Innovas GmbH	Unterstützung bei der medizinischen Begutachtung
MEDICPROOF GmbH	Unterstützung bei der medizinischen Begutachtung
Gutachterpool	medizinische und pflegerische Begutachtung
Hilfsmittelversorger	Hilfsmittelversorgung
GenRe	Rückversicherung
PASS IT-Consulting	Zulagenverwaltung, geförderte Pflegezusatzversicherung
Giesecke & Devrient GmbH	Herstellung Münchener Verein Card für privat Versicherte
Manhillen Drucktechnik GmbH	Pflegekarte

Dienstleisterliste

COMPASS Private Pflegeberatung GmbH	Pflegeberatung
Thieme TeleCare GmbH	Assistanceleistungen
MANUTEX GmbH	Assistanceleistungen
almeda GmbH	Assistanceleistungen
Seghorn Inkasso GmbH	Forderungseinzug
IBM Deutschland GmbH	Unterstützung bei der Extraktion von Rechnungsdaten
Victor Deutschland GmbH	Vermittlung-,Bestands-,Leistungsbearbeitung
<p>▪ Für die Münchener Verein Lebensversicherung AG</p>	
Pro Claims Solutions GmbH	Leistungsprüfung
Creditreform Ganzmüller, Groher & Kollegen KG	Bonitätsprüfung
New Reinsurance Company Ltd.	Rückversicherung
Munich Re AG	Rückversicherung
Swiss Re Europe S.A., Niederlassung Deutschland	Rückversicherung
Deutsche Post AG Post & Paket Deutschland	Postidentverfahren
Xempus AG	Digitale Anwendungen für betriebliche Altersvorsorge
ReIntra GmbH	Beratungs- und Reintegrationsdienst
<p>▪ Für die Münchener Verein Allgemeine Versicherungs-AG</p>	
ALLYSCA Assistance GmbH	Assistanceleistungen
Reha Assist Deutschland GmbH	Assistanceleistungen
Dr. med. V. Dittrich, EuromedClinic	Unterstützung bei der medizinischen Begutachtung / Beratungsarzt
Gutachterpool	Unterstützung bei der medizinischen Begutachtung
E+S Rückversicherung	Rückversicherung
GenRe	Rückversicherung
Scor	Rückversicherung
AXIS RE SE	Rückversicherung
AON	Rückversicherungsmakler
AVUS worldwide claims service GmbH & Co. KG	Auslandsregulierung 4. KH-Richtlinie
AFES AG	Auslandsregulierung 4. KH-Richtlinie
Seghorn Inkasso GmbH	Forderungseinzug