NÜRNBERGER VERSICHERUNG

NÜRNBERGER
Krankenversicherung AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) der Zahnzusatzversicherung in den Tarifstufen Z80 (Komfort 80), Z90 (Komfort 90) und Z100 (Komfort 100) (KV993_202211)

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

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin, sehr geehrter Versicherungsnehmer,

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

Inhaltsverzeichnis

1. Wer kann versichert werden?
2. Was ist ein Versicherungsfall?
3. Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?
4. Welche Leistungsbegrenzungen gelten in den ersten Versicherungsjahren?
5. Wann leisten wir nicht oder nur eingeschränkt?
6. Was ist im Versicherungsfall zu beachten?
7. Was ist bei Vertragsänderungen und Tarifwechseln zu beachten?
8. Wann beginnt der Versicherungsschutz?
9. Sind Wartezeiten zu beachten?
10. Was gilt für die Versicherungsbeiträge?
11. Was ist bei der Beitragszahlung zu beachten?
12. Wann können wir die Beiträge für diese Versicherung ändern?
13. Wann können wir die AVB ändern?
14. Welche Obliegenheiten (Pflichten) haben Sie und die versicherten Personen?
15. Was geschieht, wenn diese Obliegenheiten (Pflichten) verletzt werden?
16. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag?
17. Wie können Sie den Vertrag kündigen?
18. Wann können wir den Vertrag kündigen?
19. Aus welchen anderen Gründen kann der Vertrag enden?
20. Was gilt für Mitteilungen an uns?
21. Wo können Sie sich beschweren? Welche Aufsichtsbehörde ist zuständig?
22. Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

---

1. Wer kann versichert werden?

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

2. Was ist ein Versicherungsfall?

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

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

3. Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?

Abzüglich der in Ziffer 3.1 genannten Vorleistungen ersetzen wir in Höhe des Leistungsumfangs der vereinbarten Tarifstufe im Versicherungsfall Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie, damit zusammenhängende schmerzstillende Behandlungen sowie für Zahnprophylaxe und zahnaufhellende Maßnahmen (siehe Ziffer 3.3) unter Beachtung der in Ziffer 3.3 und 4 genannten Leistungsgrenzen.
Dabei bieten wir Ihnen weltweit Versicherungsschutz. Bitte beachten Sie hierbei jedoch Punkt 3.2.

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

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

3.2 Nach welchen Gebührenordnungen muss abgerechnet werden?

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

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

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

3.3 Wie hoch sind die Versicherungsleistungen im Detail?

3.3.1 Zahnbehandlung und Zahnersatz

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

Z80	Z90	Z100
80 %	90 %	100 %

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

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

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

Z80	Z90	Z100
20 %	10 %	0 %

Als Zahnbehandlung bzw. Zahnersatz gelten:

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

Zu Zahnbehandlung und Zahnersatz zählen zudem:

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

Übersteigt der zu erwartende Gesamtrechnungsbetrag 2.000,00 EUR, empfehlen wir Ihnen: Reichen Sie uns rechtzeitig vor Beginn der Be-

handlung einen Heil- und Kostenplan ein. Dann können wir Ihnen den Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen mitteilen.

3.3.2 Zahnprophylaxe

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

Z80	Z90	Z100
100 EUR	150 EUR	200 EUR

3.3.3 Kieferorthopädie

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

Z80	Z90	Z100
80 %	90 %	100 %

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

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

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

Z80	Z90	Z100
1.600 EUR	1.800 EUR	2.000 EUR

3.3.4 Schmerzstillende Behandlungen

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

Z80	Z90	Z100
100 EUR	150 EUR	200 EUR

Als schmerzstillende Behandlungen gelten:

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

3.3.5 Zahnaufhellende Maßnahmen

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

Z80	Z90	Z100
100 EUR	150 EUR	200 EUR

4. Welche Leistungsbegrenzungen gelten in den ersten Versicherungsjahren?

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

Tarifstufe Z80:

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

Tarifstufe Z90:

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

Tarifstufe Z100:

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

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

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

5. Wann leisten wir nicht oder nur eingeschränkt?

***Wir leisten nicht für*:**

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

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

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

6. Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

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

7. Was ist bei Vertragsänderungen und Tarifwechseln zu beachten?

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

8. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

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

9. Sind Wartezeiten zu beachten?

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

10. Was gilt für die Versicherungsbeiträge?

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

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

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

11. Was ist bei der Beitragszahlung zu beachten?

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

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

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

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

12.1 Welche Voraussetzungen gelten für eine Beitragsänderung?

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

12.2 Wann ändert sich der Beitrag nicht?

Eine Beitragsänderung findet nicht statt, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und den unabhängigen Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

12.3 Wann wird eine Beitragsänderung wirksam?

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

13. Wann können wir die AVB ändern?

Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen können sich dauerhaft - z. B. durch Gesetze - ändern.
Die Änderungen können ein solches Ausmaß annehmen, dass es zur Wahrung der Interessen der Versicherungsnehmer erforderlich ist, die AVB entsprechend anzupassen. Diese Anpassungen werden aber nur dann wirksam, wenn zuvor ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen überprüft und die Angemessenheit bestätigt hat (siehe § 203 Abs. 3 VVG).
Wir teilen Ihnen die Anpassungen und die Gründe hierfür mit. Die Anpassungen werden zu Beginn des 2. Monats, der auf die Mitteilung folgt, wirksam (siehe § 203 Abs. 5 VVG).

Durch höchstrichterliche Entscheidungen oder bestandskräftige Verwaltungsakte, insbesondere der Aufsichts- und Kartellbehörden, können AVB-Regelungen wider Erwarten für unwirksam erklärt werden. In diesen Fällen können wir die Regelung durch eine neue ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Versicherungsvertrags notwendig ist. Das ist auch möglich, wenn eine Fortsetzung des Vertrags ohne die neue Regelung für eine der Vertragsparteien nicht zumutbar wäre. Die neue Regelung muss unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigen. Sie wird 2 Wochen, nachdem wir Sie über die Änderung und die hierfür maßgeblichen Gründe informiert haben, wirksam.

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

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

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

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

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

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

16. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag?

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

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

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

Kündigung aufgrund einer Beitragserhöhung

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

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

18. Wann können wir den Vertrag kündigen?

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

19. Aus welchen anderen Gründen kann der Vertrag enden?

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

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

20. Was gilt für Mitteilungen an uns?

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

21. Wo können Sie sich beschweren? Welche Aufsichtsbehörde ist zuständig?

Bitte richten Sie bei Unstimmigkeiten Ihre Beschwerden vorrangig an uns oder an den betreuenden Vermittler. Darüber hinaus haben Sie das Recht, das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren durch den Ombudsmann für die private Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen. Den Ombudsmann erreichen Sie per
- Telefon: 0800 2 550444 (kostenfrei)
- Fax: 030 20458931
- Post: Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
  Postfach 06 02 22
  10052 Berlin
- Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Sie haben zudem die Möglichkeit, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Postfach 12 53, 53002 Bonn

22. Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

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

Für unsere Klagen gegen Sie ist das Gericht an Ihrem ständigen Wohnsitz zuständig. Haben Sie keinen ständigen Wohnsitz können wir unsere Klagen an Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort einreichen.
Verlegen Sie nach Vertragsabschluss Ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort ins Ausland, ist das Gericht an unserem Sitz in Nürnberg zuständig. Dies gilt auch, wenn uns Ihr Wohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.