

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

KombiMed Zahn Tarif Z100

FÜR VERSICHERTE DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (GKV)

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

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

Inhaltsverzeichnis

Teil 1 Unsere Leistungen

1. Was ist versichert?	2
2. Was sind unsere Leistungen?	2
3. Innovationsgarantie - sind neue zahnärztliche Heilbehandlungsmethoden auch in Zukunft versichert?	4
4. Zukunftsgarantie – was passiert, wenn sich zukünftig der Zuschuss der GKV verändert?	4
5. Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?	4
6. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?	5
7. Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?	5
8. Welche Voraussetzungen müssen Rechnungen erfüllen und wann erhalten Sie unsere Leistungen?	6
9. Erhalten Sie für eine beabsichtigte Heilbehandlung Auskunft über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes?	6
10. Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?	6
11. Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?	6

Teil 2 Sonstige Bestimmungen

1. Wer kann versichert werden?	7
2. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?	7
3. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?	7
4. Wie berechnen wir die Beiträge?	7
5. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?	7
6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?	8
7. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?	8
8. Kann die versicherte Person aus Tarif Z100 in andere Tarife wechseln?	8
9. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?	8
10. An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?	9
11. Welche Gerichte sind zuständig?	9

Teil 1 Unsere Leistungen

1. Was ist versichert?

1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Krankheiten, Unfällen und Zahnprophylaxe.

1.2 Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für zahnärztliche Heilbehandlung. Darüber hinaus erbringen wir Serviceleistungen.

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn aus medizinischen Gründen keine Heilbehandlung mehr erforderlich ist. Muss die Heilbehandlung auf eine andere Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, so entsteht ein neuer Versicherungsfall. Voraussetzung ist, dass die Krankheit oder Unfallfolge mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt.

Als Versicherungsfall gilt auch die Zahnprophylaxe.

2. Was sind unsere Leistungen?

2.1 Zahnfüllungen, Zahnkronen, Zahnersatz einschließlich Implantate

Wir ersetzen – unter der Voraussetzung, dass die GKV ihre Pflichtleistung für den zahnmedizinischen Befund (z.B. fehlender Zahn) erbringt – **die erstattungsfähigen Aufwendungen für:**

- Füllungstherapien, wie z.B. Kunststofffüllungen in Dentin-Adhäsivtechnik, Einlagefüllungen (Inlays),
- Zahnkronen einschließlich Teilkronen, wie z.B. Onlays, Overlays, Veneers,
- Zahnersatz, wie z.B. Brücken, Prothesen, implantatgetragener Zahnersatz,
- implantologische Leistungen einschließlich Implantate,
Hierzu zählen auch in diesem Zusammenhang anfallende chirurgische Maßnahmen, wie z.B. der Knochenaufbau (Augmentation) sowie digitale Volumentomographie (DVT), d.h. dreidimensionales Röntgen.
- Verblendung aller Zähne,
- Wiederherstellung von Zahnkronen und Zahnersatz,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, die bei den oben aufgeführten zahnärztlichen Leistungen anfallen,
- Begleitleistungen, wie z.B. Lokalanästhesien, Röntgenaufnahmen, die bei den oben aufgeführten zahnärztlichen Leistungen anfallen,
- Material- und Laborkosten (u.a. für Vollkeramik), die bei den oben aufgeführten zahnärztlichen Leistungen anfallen

zu 100%. Hiervon ziehen wir die Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkasse ab.

Lehnt die GKV ihre Pflichtleistung ab, gilt: Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen zu **60%**. Die Ablehnung der GKV müssen Sie uns nachweisen.

Wir empfehlen Ihnen, uns vor der eigentlichen Behandlung einen Heil- und Kostenplan oder eine Patienteninformation des Zahnarztes vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die zu erwartende Erstattungsleistung.

2.2 Aufbissbehelfe und Schienen

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- Aufbissbehelfe und Schienen (z.B. Knirscherschienen),
- im Zusammenhang mit Aufbissbehelfen und Schienen anfallende funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Material- und Laborkosten

zu 100%.

Hiervon ausgenommen sind

- **von einem Zahnarzt angefertigte Schienen, die als Medikamententräger dienen,**
- **Schienen im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung,**
- **Sportschienen sowie Schnarcherschienen (Unterkieferprotrusionsschienen).**

Ersetzt werden jedoch nur die Aufwendungen, für die keine Leistungspflicht der GKV besteht.

Nicht ersetzt werden Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass die versicherte Person ihr zustehende Leistungen der GKV nicht in Anspruch nimmt.

2.3 Parodontologische Leistungen, Periimplantitis-Behandlungen, Wurzelbehandlungen (endodontische Behandlungen)

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- parodontologische Leistungen,
- Wurzelbehandlungen (endodontische Behandlungen) einschließlich chirurgischer Leistungen wie z.B. Wurzelspitzenresektion

zu 100%.

Ersetzt werden jedoch nur die Aufwendungen, für die keine Leistungspflicht der GKV besteht.

Nicht ersetzt werden Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass die versicherte Person ihr zustehende Leistungen der GKV nicht in Anspruch nimmt.

Keine Leistungspflicht der GKV besteht z.B. für:

- Spezielle Verfahren im Rahmen der Parodontitis-Behandlung wie z.B. Schleimhauttransplantation.
- Speicheltests zur Früherkennung einer Parodontitis bzw. Periimplantitis, Bakterien-/DNA-Tests.
- Wurzelbehandlungen, wenn der Zahn nach den gesetzlichen Kriterien nicht als erhaltungswürdig gilt.
- Spezielle Verfahren im Rahmen einer Wurzelbehandlung. Das sind z.B. elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals oder die Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden.

2.4 **Laser, Operationsmikroskop**

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- Den Zuschlag für die Anwendung eines Lasers,
- den Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops

zu dem Erstattungsprozentsatz der zugrundeliegenden zahnärztlichen Leistung.

Voraussetzung ist, dass die Aufwendungen bei Leistungen nach den Nrn. 2.1 bis 2.3 anfallen und die Zuschläge nach der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnungsfähig sind.

2.5 **Leistungsbegrenzung in den ersten drei Versicherungsjahren**

Wir begrenzen unsere Erstattung für Leistungen nach den Nrn. 2.1 bis 2.4 insgesamt auf maximal

- **1.000 Euro im ersten Versicherungsjahr,**
- **2.000 Euro in den ersten zwei Versicherungsjahren,**
- **3.000 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren.**

Die Begrenzung entfällt, wenn die Aufwendungen auf einen Unfall zurückzuführen sind.

Maßgeblich für die zeitliche Zuordnung der Höchstbeträge sind die Behandlungstage.

Bei Wechsel aus einem Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz gilt Folgendes: Bei der Ermittlung des Höchstbetrags rechnen wir die in dem bisherigen Tarif bereits zurückgelegte Versicherungszeit an. Dies gilt nicht bei einem Wechsel aus einer Auslandsreise-Krankenversicherung.

Wir können die Leistungsbegrenzung auf die ersten zwei Versicherungsjahre verkürzen, wenn die versicherte Person Maßnahmen zum Erhalt ihrer Zahngesundheit durchgeführt hat. Die Verkürzung müssen Sie auf einem besonderen Vordruck der DKV beantragen.

2.6 **Kieferorthopädie für Kinder und Jugendliche**

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- Kieferorthopädie (auch Keramik-, Kunststoff-, Mini-Brackets, unsichtbare Zahnspangen wie Aligner und innen liegende Zahnspangen (Lingualtechnik)) mit vorbereitenden Maßnahmen bei den kieferorthopädischen Indikationsgruppen 1 bis 5,
Je nach Schwere der Zahn- und Kieferfehlstellung erfolgt in der GKV die Einstufung in sogenannte kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG). Die GKV leistet ab der Stufe KIG 3.
- vom Kieferorthopäden im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Maßnahme durchgeführte funktionsanalytische, funktionstherapeutische Leistungen und sonstige kieferorthopädische Zusatzleistungen (auch professionelle Zahnreinigung),
- Material- und Laborkosten, die bei den oben aufgeführten kieferorthopädischen Leistungen anfallen
zu 100%, maximal 2.000 Euro je Versicherungsfall.

Voraussetzung ist, dass die versicherte Person bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Aufwendungen für Kieferorthopädie sind nur erstattungsfähig, wenn sie vor Vollendung des 25. Lebensjahres entstanden sind.

Wir begrenzen unsere Erstattungsleistung auf maximal

- **500 Euro im ersten Versicherungsjahr,**
- **1.000 Euro in den ersten zwei Versicherungsjahren,**
- **1.500 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren.**

Die Begrenzung entfällt, wenn die Aufwendungen auf einen Unfall zurückzuführen sind.

Maßgeblich für die zeitliche Zuordnung der Höchstbeträge sind die Behandlungstage. Bei Wechsel aus einem Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz gilt Folgendes: Bei der Ermittlung des Höchstbetrags rechnen wir die in dem bisherigen Tarif bereits zurückgelegte Versicherungszeit an. Dies gilt nicht bei einem Wechsel aus einer Auslandsreise-Krankenversicherung.

Bei einem Wechsel aus einem Ergänzungstarif mit einer Höchstleistung für Kieferorthopädie gilt: Eventuelle Erstattungen für Aufwendungen für Kieferorthopädie aus diesem Tarif rechnen wir auf den Höchstbetrag an (vgl. Teil 1 Nr. 6.2).

Beendet eine versicherte Person eine kieferorthopädische Behandlung, für die ihre gesetzliche Krankenkasse leistet, nicht planmäßig, muss sie einen Eigenanteil tragen. **Diesen Eigenanteil ersetzen wir nicht.**

Wir empfehlen Ihnen, uns vor der eigentlichen Behandlung einen Heil- und Kostenplan oder einen Behandlungsplan des Kieferorthopäden vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die zu erwartende Erstattungsleistung.

2.7 **Kieferorthopädie für Erwachsene bei Unfall**

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- Kieferorthopädie (auch Keramik-, Kunststoff-, Mini-Brackets, unsichtbare Zahnspangen wie Aligner und innen liegende Zahnspangen (Lingualtechnik)) mit vorbereitenden Maßnahmen,

- vom Kieferorthopäden im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Maßnahme durchgeführte funktionsanalytische, funktionstherapeutische Leistungen und sonstige kieferorthopädische Zusatzleistungen (auch professionelle Zahnreinigung),
- Material- und Laborkosten, die bei den oben aufgeführten kieferorthopädischen Leistungen anfallen
zu 100%.

Voraussetzung ist, dass die versicherte Person bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet hat und die Aufwendungen auf einen Unfall zurückzuführen sind.

Beendet eine versicherte Person eine kieferorthopädische Behandlung, für die ihre gesetzliche Krankenkasse leistet, nicht planmäßig, muss sie einen Eigenanteil tragen. **Diesen Eigenanteil ersetzen wir nicht.**

Wir empfehlen Ihnen, uns vor der eigentlichen Behandlung einen Heil- und Kostenplan oder einen Behandlungsplan des Kieferorthopäden vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die zu erwartende Erstattungsleistung.

2.8 **Zahnprophylaxe**

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

Eine Zahnprophylaxe-Behandlung je Kalenderjahr
zu 100%.

Ersetzt werden jedoch nur die Aufwendungen, die nach einer etwaigen Vorleistung der GKV verbleiben.

Zur Zahnprophylaxe zählen die folgenden Leistungen: Erstellung eines Mundhygienestatus, professionelle Zahnreinigung (PZR), Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel und Fissurenversiegelung.

Eine Zahnprophylaxe-Behandlung umfasst alle Leistungen, die an einem Behandlungstag durchgeführt werden.

Ausgenommen sind Aufwendungen für Zahnprophylaxe-Behandlungen, die im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung, für die wir leistungspflichtig sind, durchgeführt werden. Diese Aufwendungen sind im Rahmen von Nr. 2.6 bzw. Nr. 2.7 erstattungsfähig.

2.9 ***Welche Zahnärzte kann die versicherte Person wählen?***

Die versicherte Person hat die Wahl unter allen niedergelassenen Zahnärzten.

Sie kann auch Einrichtungen aufsuchen, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter vorgesehen sind. Dies sind z.B. zugelassene medizinische Versorgungszentren.

2.10 ***Nach welchen Gebührenvorschriften sind die Aufwendungen für Leistungen von Zahnärzten erstattungsfähig?***

Die Aufwendungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze¹ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen. Die Gebühren müssen den Bemessungsgrundsätzen der GOZ bzw. GOÄ entsprechen. Erstattungsfähig sind auch über den Höchstsätzen dieser Gebührenordnung liegende Aufwendungen bis zum 5,0-fachen Satz, wenn und soweit eine rechtsgültige Honorarvereinbarung nach GOZ bzw. GOÄ getroffen wurde.

2.11 ***Welche Serviceleistungen bieten wir Ihnen?***

Wir bieten Ihnen Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefon (Tel.: 0800/3746 444 gebührenfreie Rufnummer). Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen. Wir nennen Ihnen Adressen und Telefonnummern von Behandlern und Kliniken. Außerdem bieten wir Ihnen an, zur Klärung schwieriger zahnmedizinischer Fragen, Spezialisten einzuschalten und eine zahnärztliche Zweitmeinung einzuholen.

3. **Innovationsgarantie – sind neue zahnärztliche Heilbehandlungsmethoden auch in Zukunft versichert?**

Im Rahmen des medizinischen Fortschritts werden immer wieder neue zahnärztliche Heilbehandlungsmethoden entwickelt. Werden in die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) medizinisch notwendige zahnärztliche Leistungen im Bereich Zahnersatz, Zahnkronen, Füllungstherapie oder Kieferorthopädie neu aufgenommen, gilt: Sie sind automatisch im tariflich vereinbarten Umfang versichert. Sie müssen nichts dafür tun.

4. **Zukunftsgarantie – was passiert, wenn sich zukünftig der Zuschuss der GKV verändert?**

Die GKV zahlt bei Zahnkronen und Zahnersatz einen Festzuschuss, der sich nach dem zahnmedizinischen Befund, z.B. fehlender Zahn, richtet. Die Höhe des Festzuschusses orientiert sich an den Kosten einer Standardtherapie (Regelversorgung) und beträgt einen bestimmten Prozentsatz dieser Versorgung. Der jeweilige Festzuschuss wird von uns als Vorleistung bei der Berechnung der Erstattungsleistung berücksichtigt. Der Prozentsatz könnte vom Gesetzgeber in der Zukunft auch zuungunsten der GKV-Versicherten verändert werden. Der Versicherungsschutz nach Tarif Z100 bleibt davon unberührt. Wir erstatten die tariflich vereinbarten Leistungen unverändert. Sie müssen nichts dafür tun.

5. **Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?**

- 5.1 Unsere Leistungspflicht wird bestimmt durch Art und Umfang unserer Versicherungsleistungen in unserer Leistungsbeschreibung (vgl. Teil 1 Nr. 2).

¹ Höchstsätze sind der 3,5fache Satz für persönliche Leistungen des Zahnarztes nach der GOZ bzw. GOÄ, der 2,5fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bzw. der 1,3fache Satz bei Laborleistungen nach Abschnitt M der GOÄ.

Wir leisten jedoch generell nicht für:

- Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind (vgl. Teil 1 Nr. 6.2). Das heißt, für laufende und angeratene Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz. Dies gilt auch für die laufende oder angeratene erstmalige Versorgung von bereits bei Beginn des Versicherungsschutzes fehlenden nicht ersetzten Zähnen mit provisorischem wie auch endgültigem Zahnersatz.
- Solche 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.

5.2 Unsere Leistungspflicht kann zusätzlich in folgenden Fällen eingeschränkt bzw. ausgeschlossen sein:

- Wir können unsere Zahlungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen, falls mehr oder umfangreichere Leistungen als medizinisch notwendig erbracht werden. Dasselbe gilt, soweit die Aufwendungen für die Heilbehandlung, z.B. bei Material- und Laborkosten, in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.
- Bei einem Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung bzw. auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge gilt: Wir ersetzen nur die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen.
- Die Gesamterstattung ist – auch bei Anspruch auf Leistungen gegenüber mehreren Kostenträgern – insgesamt auf die Summe Ihrer Aufwendungen begrenzt.
- Weitere Einschränkungen können sich ergeben:
 - Vor Beginn und nach Ende des Versicherungsschutzes (vgl. Teil 1 Nr. 6),
 - bei Aufhalten im Ausland (vgl. Teil 1 Nr. 7),
 - bei Verletzung von Obliegenheiten (vgl. Teil 2 Nr. 3),
 - bei einem Beitragsrückstand (vgl. Teil 2 Nr. 5).

5.3 Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

6. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

6.1 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung).

6.2 Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Eine Besonderheit gilt für Versicherungsfälle, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages, aber vor Versicherungsbeginn eingetreten sind. Hier leisten wir lediglich nicht für die Aufwendungen, die in der Zeit vor Versicherungsbeginn angefallen sind. Bei einem Wechsel in Tarif Z100 gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Zusätzlich gilt bei Wechsel aus einem Ergänzungstarif mit einem Höchstleistungsbetrag für Kieferorthopädie Folgendes: Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes nach Tarif Z100 eingetreten sind, haben Sie bei einem Höchstleistungsbetrag im bisherigen Tarif

- unter 2.000 Euro, höchstens Anspruch auf den Betrag, der im bisherigen Tarif als Höchstleistungsbetrag für Kieferorthopädie aufgeführt ist,
- ab 2.000 Euro, höchstens Anspruch auf 2.000 Euro.

Im bisherigen Tarif eventuell erfolgte Erstattungsleistungen rechnen wir jeweils an.

6.3 Für das neugeborene Kind einer versicherten Person kann der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt beginnen. Dazu müssen Sie das Kind spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zur Versicherung bei uns anmelden. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender sein als der der versicherten Person. Unter diesen Voraussetzungen stehen dann auch angeborene Anomalien und Krankheiten unter Versicherungsschutz.

Diese Regelungen gelten entsprechend bei Adoption eines minderjährigen Kindes. Ist für den gewählten Tarif eine Gesundheitsprüfung vorgesehen, können wir allerdings bei einem erhöhten Krankheitsrisiko einen Zuschlag bis zur einfachen Beitragshöhe verlangen.

6.4 Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages (vgl. Teil 2 Nr.9). Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

7. Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufhalten im Ausland?

7.1 Bei vorübergehenden Aufhalten in anderen Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) sowie in der Schweiz besteht Versicherungsschutz. Wir sind jedoch höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die wir bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätten. Dies gilt entsprechend, wenn eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat der EU bzw. des EWR verlegt.

7.2 Bei vorübergehenden Aufhalten in Staaten außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz.

- 7.3 Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR, endet ihre Versicherung.

8. Welche Voraussetzungen müssen Rechnungen erfüllen und wann erhalten Sie unsere Leistungen?

- 8.1 Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir Originalrechnungen verlangen. Beteiligt sich ein anderer Kostenträger (z.B. die GKV), reicht auch eine Kopie aus. Auf der Kopie muss der andere Kostenträger die Höhe seiner Leistung vermerkt haben. Lehnt der andere Kostenträger eine Leistung ab, benötigen wir den Ablehnungsvermerk des Kostenträgers auf der Rechnung.
Wir können von Ihnen den Nachweis vorheriger Bezahlung verlangen.
Rechnungen müssen den Namen der behandelten Person, die Behandlungsdaten, die einzelnen Leistungen sowie die Krankheitsbezeichnungen enthalten.
- 8.2 Krankheitskosten in ausländischer Währung rechnen wir zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro um.
- 8.3 Sie erhalten die Versicherungsleistungen, sobald wir festgestellt haben, ob und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind. Sollten wir dafür länger als einen Monat brauchen, erhalten Sie auf Wunsch vorab einen Abschlag. Maßgebend dafür ist die Höhe des Betrags, den wir nach den bisherigen Feststellungen voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Die Monatsfrist ist unterbrochen, solange wir unsere Feststellungen infolge Ihres Verschuldens nicht beenden können.

9. Erhalten Sie für eine beabsichtigte Heilbehandlung Auskunft über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes?

- 9.1 Vor Beginn einer Heilbehandlung können Sie in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Voraussetzung ist, dass die Kosten der Heilbehandlung voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden. Sie erhalten dann von uns innerhalb von vier Wochen die Auskunft. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, erteilen wir die Antwort unverzüglich, spätestens aber nach zwei Wochen. Wir berücksichtigen dabei auch einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen.
- 9.2 Die Frist beginnt mit dem Eingang des Auskunftsverlangens bei uns. Haben wir die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, gilt die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung als notwendig. Sind wir dann der Auffassung, dass die Heilbehandlung nicht notwendig ist, müssen wir dies beweisen.

10. Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?

- 10.1 Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir Gutachten oder Stellungnahmen einholen. Über deren Inhalt müssen wir Ihnen bzw. der versicherten Person auf Verlangen Auskunft geben. Sie bzw. die versicherte Person sind auch berechtigt, Einsicht in diese Dokumente zu nehmen.
In Ausnahmefällen dürfen wir nur einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht geben. Dies ist der Fall, wenn (therapeutische) Gründe entgegenstehen, dass Sie bzw. die versicherte Person Auskunft oder Einsicht bekommen.
- 10.2 Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.
- 10.3 Haben Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir Ihnen die entstandenen Kosten.

11. Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?

Sie dürfen Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen nicht verpfänden.

Teil 2 Sonstige Bestimmungen

1. Wer kann versichert werden?

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen GKV versichert sind.

2. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?

- 2.1 Zur Prüfung unserer Leistungspflicht und des Leistungsumfanges benötigen wir von Ihnen bzw. der versicherten Person ggf. Auskünfte. Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben.
- 2.2 Die versicherte Person muss sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen, wenn wir sie hierzu auffordern.
- 2.3 Die versicherte Person hat möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen. Sie muss alles unterlassen, was der Genesung entgegensteht.
- 2.4 Für eine versicherte Person darf keine weitere Zusatzversicherung für die in Teil 1 Nr. 2 genannten Leistungen bestehen. Dies gilt nicht für zahnprophylaktische Leistungen sowie für eine betriebliche Krankenversicherung (bKV), d.h. eine durch den Arbeitgeber finanzierte Versicherung im Rahmen eines Gruppenvertrages.

3. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?

- 3.1 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 Leistung 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. per 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 in Teil 2 Nr. 2.4 genannte Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, können wir den Versicherungsvertrag auch ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht besteht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung.
- 3.2 Wir rechnen Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zu.

4. Wie berechnen wir die Beiträge?

- 4.1 Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Wir berechnen ihn vom Versicherungsbeginn an. Zu Beginn der Versicherung zahlen Sie den Beitrag, der dem Eintrittsalter der versicherten Person entspricht. Das Eintrittsalter errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Jahr, in dem die Versicherung beginnt und dem Geburtsjahr.
Wir haben Tarif Z100 nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Dies bedeutet: Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Für die versicherte Person, die das 20., 25., 30., 35., 40., 45., 50., 55. bzw. 60. Lebensjahr vollendet, gilt daher der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe. Diesen Beitrag haben Sie ab Beginn des dann folgenden Kalenderjahres zu zahlen.
Wir informieren Sie über die aktuell gültigen Beiträge der einzelnen Altersgruppen in der Anlage zu diesem Druckstück. Die Beiträge können sich aufgrund einer Beitragsanpassung nach Teil 2 Nr. 6 ändern.
- 4.2 Die Berechnung der Beiträge ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.
- 4.3 Bei Beitragsänderungen können wir auch vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

5. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?

- 5.1 Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig.
- 5.2 Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen. Solange Sie ihn schuldhaft nicht zahlen, sind wir leistungsfrei und können auch vom Vertrag zurücktreten. Die nicht rechtzeitige Zahlung der Folgebeiträge kann zum Verlust des Versicherungsschutzes und zur Kündigung des Vertrages führen.
- 5.3 Im Lastschriftverfahren 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 eine Zahlungsaufforderung. Wenn Sie dann den Beitrag unverzüglich zahlen, ist die Beitragszahlung noch rechtzeitig.

6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?

- 6.1 Wir vergleichen mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Leistungen. Der Vergleich erfolgt für jede Beobachtungseinheit (Personen mit Alter 0 – 20 bzw. ab Alter 21) separat. Ergibt dieser Vergleich eine Abweichung von über 5%, müssen wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. Die Abweichung darf jedoch nicht nur vorübergehend sein. Eine Beitragsänderung können wir nur durchführen, wenn ihr ein unabhängiger Treuhänder zustimmt. Dabei können wir auch einen vereinbarten Risikozuschlag entsprechend ändern.
- 6.2 Die Änderung und die Gründe für die Anpassung teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf diese Mitteilung folgt, wirksam.

7. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?

- 7.1 Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen können sich dauerhaft – z.B. durch Gesetze – ändern. In diesem Fall können wir die AVB an die geänderten Verhältnisse anpassen. Ein unabhängiger Treuhänder achtet dann darauf, dass die Änderung im Interesse der Versicherten erforderlich erscheint und angemessen ist. Die Änderung und die Gründe hierfür teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf unsere Mitteilung folgt, wirksam.
- 7.2 Durch höchstrichterliche Entscheidungen oder bestandskräftige Verwaltungsakte insbesondere der Aufsichts- oder 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 Versicherungsvertrages notwendig ist. Das ist auch möglich, wenn eine Fortsetzung des Vertrages 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 zwei Wochen, nachdem wir Sie über die Änderung und die hierfür maßgeblichen Gründe informiert haben, wirksam.

8. Kann die versicherte Person aus Tarif Z100 in andere Tarife wechseln?

- 8.1 Sie haben das Recht, den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu verlangen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person die im angestrebten Tarif beschriebene Versicherungsfähigkeit erfüllt. Dabei rechnen wir die bis zum Wechsel erworbenen Rechte an. Der Wechsel in einen Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsabhängig kalkuliert werden, ist ausgeschlossen.
- 8.2 Soweit der Versicherungsschutz in dem neuen Tarif höher oder umfassender ist, können wir einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Letzteren können Sie abwenden, indem Sie für die Mehrleistungen einen Leistungsausschluss mit uns vereinbaren. Wenn der neue Tarif Wartezeiten vorsieht, gelten diese für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

9. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?

- 9.1 Der Versicherungsvertrag wird zunächst für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen und verlängert sich danach jeweils um einen Kalendermonat.
- 9.2 Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre stimmen mit dem Kalenderjahr überein.
- 9.3 Sie können Tarif Z100 erstmalig zum Ende des zweiten Versicherungsjahres ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Danach können Sie Tarif Z100 ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Sie können Tarif Z100 auch nur für einzelne versicherte Personen kündigen.
- 9.4 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 bzw. der Leistungsverminderung wirksam.
Folgende Fristen sind zu beachten: Erhöhen sich die Beiträge aufgrund Wechsels der Altersgruppe (vgl. Teil 2 Nr. 4), müssen Sie innerhalb zweier Monate nach der Änderung kündigen. Erhöhen wir die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung (vgl. Teil 2 Nr. 6), müssen Sie innerhalb zweier Monate nach Mitteilung der Erhöhung kündigen. Dies gilt auch, wenn sich die Leistungen wegen einer Änderung der AVB vermindern (vgl. Teil 2 Nr. 7.1).
- 9.5 Ihre Kündigung für einzelne versicherte Personen ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben.
- 9.6 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 (vgl. Teil 2 Nr. 5). Auf weitere Kündigungsmöglichkeiten - unser ordentliches Kündigungsrecht - verzichten wir.
- 9.7 Endet für die versicherte Person die Versicherung in der deutschen GKV, endet auch die Versicherung nach Tarif Z100. Dies gilt auch, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR verlegt.

- 9.8 Der Versicherungsvertrag endet mit Ihrem Tod. Stirbt eine versicherte Person, endet deren Versicherung.
- 9.9 Endet der Versicherungsvertrag ganz oder teilweise durch Kündigung, können die versicherten Personen ihre Versicherung fortführen. Die Erklärung zur Fortführung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Beendigung erfolgen. Das gleiche Recht haben die versicherten Personen, wenn der Versicherungsvertrag durch Ihren Tod endet.

10. An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?

Wir nehmen am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil. Den Ombudsmann erreichen Sie wie folgt:

Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de.

Der Ombudsmann ist der außergerichtliche Streitschlichter für die Private Kranken- und Pflegeversicherung. Er nimmt zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherten und ihren Versicherungsunternehmen neutral und unabhängig Stellung. Seine Entscheidungen sind für beide Seiten nicht bindend.

Für Verbraucher gilt: Haben Sie den Vertrag elektronisch geschlossen (z.B. über eine Internetseite oder per E-Mail), können Sie sich bei Beschwerden auch an die Plattform zur Online-Streitbeilegung der Europäischen Union wenden. Diese finden Sie unter <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) - Sektor Versicherungsaufsicht. Die Adresse lautet:
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de
Auch an die BaFin können Sie Beschwerden richten.

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

11. Welche Gerichte sind zuständig?

Meinungsverschiedenheiten können ggf. auch eine gerichtliche Klärung erfordern. Für Ihre Klagen gegen uns ist das Gericht an unserem Sitz in Köln oder das Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort zuständig. Für unsere Klagen gegen Sie ist das Gericht an Ihrem Wohnsitz zuständig. Haben Sie keinen ständigen Wohnsitz können wir unsere Klage an Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort einreichen. Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, ist das Gericht an unserem Sitz in Köln zuständig. Dies gilt auch, wenn uns Ihr Wohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.