

# Bedingungen für die Zahn-Zusatzversicherung für gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche Vertragsgrundlage Tarif KFO

## Versicherungsfall und Leistungen

- 1 Welche Leistungen erbringen wir? Was ist nicht versichert?
- 2 Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls zu beachten? Welche Folgen hat die Verletzung dieser Obliegenheiten?
- 3 An wen und wann erbringen wir die Leistung?

## Versicherungsschutz und Beitrag

- 4 Wann beginnt der Versicherungsschutz?
- 5 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
- 6 Wann kann der Vertrag gekündigt werden bzw. wann endet er?

## Weitere Regelungen

- 7 Was gilt für Mitteilungen oder einer Änderung Ihrer Anschrift?
- 8 An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?
- 9 Welches Recht gilt und welches Gericht ist zuständig?
- 10 Können sich Ihre Vertragsbedingungen zukünftig ändern?
- 11 Wann verjähren die Ansprüche?

## Versicherungsfall und Leistungen

### 1 Welche Leistungen erbringen wir? Was ist nicht versichert?

- 1.1 Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige zahnärztliche Heilbehandlung einer versicherten Person. Als Versicherungsfall gilt auch die zahnmedizinische Individualprophylaxe. Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für

- Kieferorthopädie,
- Zahnersatzmaßnahmen,
- Zahnerhaltmaßnahmen,
- zahnmedizinische Individualprophylaxe und
- Schmerzausschaltung bzw. Schmerztherapie.

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

Die versicherte Person darf bei Versicherungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Erwachsene können nicht aufgenommen werden.

Versicherungsfähig und versicherbar sind nur Personen, die in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

- 1.2 Unsere Leistungen:

#### 1.2.1 Kieferorthopädie

Wir ersetzen 50 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung durch die GKV und Leistungen Dritter verbleiben, für

- Kieferorthopädie einschließlich privater Mehr- und Zusatzleistungen (z.B. Eingliederung von thermo- oder superelastischen Bögen, Eingliederung festsitzender Apparaturen wie z.B. eines Pendulums oder Einsatz eines festsitzenden Retainers nach der aktiven Behandlungsphase) sowie vorbereitender Maßnahmen,

- vom Kieferorthopäden im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Maßnahme durchgeführte funktionsanalytische, funktionstherapeutische Leistungen, Bracketumfeldversiegelungen und Zahnprophylaxe,
- zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, die bei den vorstehend aufgeführten kieferorthopädischen Leistungen anfallen.

Zu den anrechenbaren Vorleistungen der GKV zählt auch der gesetzlich vorgesehene Versichertenanteil, der nach planmäßiger Beendigung der kieferorthopädischen Maßnahme von der GKV rückerstattet wird.

Wenn die versicherte Person in den ersten vier Versicherungsjahren keine kieferorthopädische Maßnahme durchgeführt oder begonnen hat, erhöht sich unsere Leistung. Wir ersetzen dann 75 Prozent (anstatt 50 Prozent) der verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen.

Voraussetzung ist jeweils, dass die GKV ihre gesetzlich vorgesehene Leistung für die kieferorthopädische Maßnahme erbringt. Beendet eine versicherte Person eine kieferorthopädische Maßnahme, für die ihre gesetzliche Krankenkasse leistet, nicht planmäßig, muss sie einen Eigenanteil tragen. Diesen Eigenanteil ersetzen wir nicht.

Leistet die GKV für die kieferorthopädische Maßnahme der versicherten Person nicht, gilt: Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen bis höchstens 250 Euro je Versicherungsjahr.

Voraussetzung für unsere Leistung für Kieferorthopädie ist, dass die versicherte Person bei Beginn der Maßnahme das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Wir leisten auch dann, wenn die kieferorthopädische Maßnahme vor Vertragsschluss angeraten oder begonnen wurde. Aufwendungen für Behandlungen, die vor Beginn des Versicherungsschutzes beendet oder durchgeführt worden sind, erstatten wir nicht.

### 1.2.2 Zahnersatz-, Zahnerhaltmaßnahmen, Individualprophylaxe und Schmerzausschaltung

Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Abzug etwaiger Leistungen durch die GKV und Dritter verbleiben, für:

#### • Zahnersatzmaßnahmen

Dazu zählen

- Kronen,
- Brücken,
- Prothesen,
- implantatgetragener Zahnersatz und
- Implantate

einschließlich

- notwendig werdender Reparaturen des Zahnersatzes zur Wiederherstellung dessen Funktionsfähigkeit,
- der Eingliederung von Provisorien,
- Aufbissbehelfen und Schienen,
- Verblendungen,
- vorbereitender, diagnostischer, therapeutischer, funktionstherapeutischer und funktionsanalytischer Leistungen im unmittelbaren Zusammenhang mit der Zahnersatzmaßnahme, wie z.B. Knochenaufbau,
- zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien, die bei den oben genannten Zahnersatzmaßnahmen anfallen.

Voraussetzung für unsere Leistung ist, dass die Maßnahme bei bestehendem Versicherungsschutz erstmals angeraten und durchgeführt wird. Für bei Vertragsschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne besteht kein Versicherungsschutz.

#### • Zahnerhaltmaßnahmen

Dazu zählen

- Einlagefüllungen (Inlays und Onlays) inklusive Verblendungen,
- Kunststofffüllungen,
- Knirscherschienen,
- Wurzelbehandlungen und
- Parodontosebehandlungen

einschließlich

- zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien sowie
- der funktionsanalytischen und funktions-therapeutischen Leistungen,

die bei den oben genannten Zahnerhaltmaßnahmen anfallen.

Voraussetzung für unsere Leistung ist, dass die Maßnahme bei bestehendem Versicherungsschutz erstmals angeraten und durchgeführt wird.

#### • Zahnmedizinische Individualprophylaxe

Dazu zählen insbesondere

- die professionelle Zahnreinigung,
- die Erstellung des Mundhygienestatus, sowie die eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie die Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustands und die Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisungen,

- die Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- die Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- die Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen,
- die Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- die Fissurenversiegelung.

#### • Schmerzausschaltung

Dazu zählen

- Narkosen (Vollnarkosen, Sedierung),
- Akupunktur und Hypnose

zur Schmerzausschaltung bzw. Schmerztherapie. Die Aufwendungen erstatten wir unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit.

Voraussetzung ist jedoch, dass die Schmerzausschaltung bzw. Schmerztherapie bei bestehendem Versicherungsschutz im Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen, kieferorthopädischen oder kieferchirurgischen Heilbehandlung erfolgt. Die Narkose muss zudem durch Narkoseärzte bzw. Zahnärzte, die Akupunktur und Hypnose durch einen Zahnarzt durchgeführt werden.

### 1.2.3 Für alle Leistungen gilt:

Wir ersetzen zusammen mit den Leistungen

- der GKV und
- Erstattungen Dritter

maximal 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen. Zu den Leistungen Dritter gehören auch Leistungen etwaiger anderer Zahn-Zusatzversicherungen.

Sie können einen niedergelassenen approbierten Zahnarzt oder Arzt frei wählen. Die Aufwendungen für erbrachte Leistungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen liegen.

### 1.2.4 Für Zahnersatzmaßnahmen gilt zusätzlich:

Erbringt die GKV eine für die Zahnersatzmaßnahme an sich vorgesehene Leistung nicht, z. B. weil die Behandlung durch Zahnärzte bzw. Ärzte ohne kassenärztliche Zulassung oder im Ausland erfolgt oder bei Verzicht auf die Inanspruchnahme von Leistungen der GKV, so werden als Vorleistung der GKV pauschal 35 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen angerechnet.

### 1.2.5 Für alle Leistungen, ausgenommen Leistungen für Kieferorthopädie, bestehen innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre Leistungsbegrenzungen.

So beträgt die Gesamtleistung je versicherter Person:

- im ersten Versicherungsjahr höchstens 500 Euro;
- in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens 1.000 Euro;
- in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen höchstens 1.500 Euro;
- in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen höchstens 2.000 Euro.

Mit Ablauf des vierten Versicherungsjahres bestehen diese summenmäßigen Begrenzungen

nicht mehr. Für Aufwendungen, die auf einen nach Vertragsbeginn ereigneten Unfall zurückzuführen sind, entfallen diese summenmäßigen Begrenzungen. Werden in einem solchen Fall Leistungen erbracht, werden diese nicht auf die summenmäßigen Begrenzungen angerechnet.

1.2.6 Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Beginn des Tarifs KFO. Die Leistungen werden dabei dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung durchgeführt wird.

1.3 **Kein Versicherungsschutz** besteht für

- die Teile einer Liquidation, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) nicht entsprechen oder die dort festgesetzten Höchstsätze überschreiten,
- zahnärztliche bzw. ärztliche Behandlungen oder zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen. In diesen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen,
- Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen,
- Behandlungen in Staaten außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraumes und der Schweiz,
- kieferorthopädische Maßnahmen, wenn die versicherte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr bereits vollendet hat,
- Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet,
- von Ihnen oder einer versicherten Person vorsätzlich herbeigeführten Versicherungsfällen und Unfällen einschließlich deren Folgen.

1.4 **Auslandsaufenthalt**

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

Die in ausländischer Währung entstandenen Aufwendungen rechnen wir in Euro um. Maßgeblich ist der Kurs des Tages, an dem wir die Belege erhalten.

Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen ohne Referenzkurse, gilt der Kurs nach dem jeweils neuesten Stand der „Devisenkursstatistik“. Diese veröffentlicht die Deutsche Bundesbank. Wenn die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden, so gilt dieser

Kurs. Voraussetzung hierfür ist, dass Sie dies durch Bankbeleg nachweisen.

## 2 Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls zu beachten? Welche Folgen hat die Verletzung dieser Obliegenheiten?

Ohne die Mitwirkung des Anspruchstellers können wir das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen nicht feststellen. Damit wir den Leistungsfall prüfen können, bestehen folgende Obliegenheiten:

- 2.1 Werden Leistungen geltend gemacht, können wir die Vorlage von Originalrechnungen verlangen. Rechnungen müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person tragen. Die Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen müssen spezifiziert sein. Nachweise von Kosten für zahntechnische Leistungen müssen Sie ebenfalls einreichen. Es muss ggf. auch die Höhe der Leistungen anderer Kostenträger vermerkt sein. Bei einer kieferorthopädischen Behandlung benötigen wir zusammen mit der ersten Rechnung über kieferorthopädische Leistungen auch
  - den kieferorthopädischen Behandlungsplan und
  - die Leistungszusage oder den Ablehnungsbescheid der GKV.
 Die vorgelegten Nachweise werden unser Eigentum.
- 2.2 Sie und die versicherte Person müssen jede Auskunft erteilen, die zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Auf unser Verlangen muss die versicherte Person die behandelnden Zahnärzte bzw. Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbinden. Die Erhebung der Gesundheitsdaten erfolgt nur, wenn jeweils in die einzelne Datenerhebung eingewilligt wird. Die versicherte Person muss sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Zahnarzt bzw. Arzt untersuchen lassen.
- 2.3 Besteht ein Erstattungsanspruch gegen Dritte, so sind die Leistungen des Dritten in Anspruch zu nehmen. Die Zweitschriften der Rechnungen mit Erstattungsvermerk müssen Sie bei uns einreichen.
- 2.4 Haben Sie oder eine versicherte Person Schadensersatzansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, sind diese an uns abzutreten. Die Abtretung ist begrenzt auf die Höhe unserer Leistung. Diese Regelung ist unabhängig von einem gesetzlichen Forderungsübergang. Ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht darf ohne unsere Zustimmung nicht aufgegeben werden. Lebt die Person, gegen die sich Ihr Ersatzanspruch richtet, mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft, können wir diesen nicht geltend machen. Maßgeblicher Zeitpunkt hierfür ist der Eintritt des Versicherungsfalls. Dies gilt nicht, wenn diese Person den Schaden vorsätzlich verursacht hat.
- 2.5 Die versicherte Person hat nach Möglichkeit alles für ihre Genesung zu tun und Handlungen zu unterlassen, die dieser hinderlich sind.
- 2.6 Wir erstatten den Umständen nach gebotene Aufwendungen, die Ihnen für die Ermittlung und Feststellung unserer Leistungspflicht entstehen. Diese Kosten erstatten wir unabhängig von den Leistungsbegrenzungen. Kosten für die Zuziehung

- eines Sachverständigen oder
  - eines Beistands
- erstatten wir Ihnen nur dann, wenn wir Sie hierzu aufgefordert haben.

**2.7** Bei Verletzung einer dieser Obliegenheiten, können sich erhebliche rechtliche Nachteile ergeben. Dabei gilt:

Bei vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung geht der Leistungsanspruch verloren. Bei grob fahrlässiger Verletzung können wir die Leistung kürzen. Diese Kürzung richtet sich im Verhältnis nach der Schwere Ihres Verschuldens. Die Kürzung kann bis zur vollständigen Leistungsfreiheit führen. Wird die Obliegenheit nachweislich nicht grob fahrlässig verletzt, bleibt der Leistungsanspruch bestehen.

Ist die Verletzung der Obliegenheit nachweislich weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich, leisten wir. Wir leisten auch, wenn wir Sie nicht durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben. Bei arglistiger Obliegenheitsverletzung verlieren Sie den Leistungsanspruch in jedem Fall.

Die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person werden Ihnen zugerechnet.

**3 An wen und wann erbringen wir die Leistung?**

**3.1** Leistungen können nur Sie als Versicherungsnehmer verlangen. Sie können jedoch uns gegenüber in Textform die versicherte Person als Empfangsberechtigten benennen. Haben Sie uns gegenüber die versicherte Person als Empfangsberechtigten benannt, kann ausschließlich die versicherte Person die Leistung verlangen.

Eine Abtretung oder Verpfändung von Leistungsansprüchen ist nur und erst mit unserer ausdrücklichen Zustimmung wirksam. Dies gilt hinsichtlich der Abtretung nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

**3.2** Die Leistungen überweisen wir kostenfrei auf ein uns zu nennendes Konto. Bei Überweisungen in das Ausland trägt der Zahlungsempfänger das hiermit verbundene Risiko und anfallende Kosten.

**3.3** Die Leistungen sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen. Sind diese einen Monat nach Anzeige des Versicherungsfalls nicht beendet, können Sie Abschlagszahlungen bis zur Höhe der voraussichtlichen Mindestleistung verlangen. Hierbei zählt der Zeitraum nicht mit, in dem wir die Erhebungen durch ein Verschulden des Anspruchstellers nicht beenden können.

**Versicherungsschutz und Beitrag**

**4 Wann beginnt der Versicherungsschutz?**

Der Versicherungsschutz besteht ab Vertragsschluss, frühestens jedoch zu dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung.

**5 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?**

**5.1** Die vereinbarten Beiträge sind ab Vertragsbeginn zu zahlen. Der erste Beitrag (Erstbeitrag) wird sofort mit Zustandekommen des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zu Beginn der vereinbarten Zahlungsperiode zu zahlen.

**5.2** Im Lastschriftverfahren sind Sie nur soweit zur Übermittlung ausstehender und zukünftiger Beiträge verpflichtet, wie wir Sie in Textform hierzu auffordern. Wir sind dann nicht mehr zum Beitragseinzug verpflichtet. Sie müssen im Lastschriftverfahren sicherstellen, dass wir den Beitrag am Fälligkeitstag einziehen können. Zudem darf einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen werden. Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden wiederholt nicht einziehen, ist die Zahlung rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform erteilten Zahlungsaufforderung erfolgt.

**5.3** Wird kein SEPA-Mandat erteilt, erfolgt die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn Sie fristgerecht alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht. Sie übermitteln die Beiträge auf Ihre Gefahr und Kosten.

**5.4** Können wir den Erstbeitrag nicht rechtzeitig einziehen oder zahlen Sie diesen nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten. Wir können dies nur solange die Zahlung nicht bewirkt ist. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Dies müssen Sie nachweisen.

Ist der Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, besteht kein Anspruch auf die Leistung. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn Sie die Nichtzahlung nachweislich nicht zu vertreten haben. Haben Sie uns ein SEPA-Mandat erteilt, besteht auch bei Nichtzahlung des Erstbeitrags Versicherungsschutz. Dies gilt nicht, wenn die Bank den Einzug des Beitrags zum Fälligkeitstag mangels Kontodeckung nicht durchgeführt hätte.

**5.5** Können wir einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig einziehen oder zahlen Sie diesen nicht rechtzeitig, erhalten Sie eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Frist von mindestens zwei Monaten. Begleichen Sie den Rückstand nicht fristgerecht, können wir den Vertrag kündigen. Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und waren Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Beitragszahlung in Verzug, sind wir leistungsfrei. Auf die Rechtsfolgen weisen wir Sie im Mahnschreiben umfassend hin. Die Kündigung können wir für den Fall der Nichtzahlung der Beiträge bereits im Mahnschreiben erklären.

**5.6** Sie können gegen unsere Beitragsforderung nur aufrechnen, soweit Ihr Anspruch von uns anerkannt oder rechtskräftig festgestellt ist.

**5.7** Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie Ihrem jeweils gültigen Versicherungsschein. Er richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Das Eintrittsalter

ist die Anzahl der bei Vertragsbeginn vollendeten Lebensjahre.

Für versicherte Personen, die das 11. Lebensjahr vollenden, ist vom Beginn des folgenden Monats an der ihrem Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

- 5.8 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung des tatsächlichen Schadensbedarfs gegenüber der technischen Berechnungsgrundlage und der sich daraus errechneten Beiträge können wir die Beiträge entsprechend den berechtigten Berechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festsetzen. Dies gilt nur, wenn ein unabhängiger Treuhänder
- die Berechnungsgrundlagen überprüft und
  - der Beitragsanpassung zugestimmt hat.
- Wir vergleichen dazu zumindest jährlich für den Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, überprüfen wir die Beiträge und passen sie, soweit erforderlich, an. Die Beitragsänderung wird zu Beginn des zweiten Monats nach Mitteilung der Neufestsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie wirksam.

## 6 Wann kann der Vertrag gekündigt werden bzw. wann endet er?

- 6.1 Die **Mindestvertragsdauer beträgt 24 Monate** ab dem Beginn der Versicherung.  
Das Versicherungsverhältnis endet durch Kündigung. Diese wird nur und erst dann wirksam, wenn uns Ihre Erklärung in Textform zugeht. Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis einer mitversicherten Person, wird die Kündigung nur und erst dann wirksam, wenn diese Kenntnis von der Kündigungserklärung erlangt hat.  
Sie können den Versicherungsschutz insgesamt oder nur für einzelne versicherte Personen kündigen. Dies ist ohne Einhaltung einer Frist frühestens zum Ende der Mindestvertragsdauer möglich. Nach Ablauf der Mindestvertragsdauer können Sie ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen.  
Vollendet eine versicherte Person das 11. Lebensjahr und muss deshalb einen höheren Beitrag zahlen, können Sie das Versicherungsverhältnis der betroffenen Person, unabhängig von der bestehenden Mindestvertragsdauer, kündigen. Die Kündigung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Beitragsänderung erfolgen. Sie gilt dann rückwirkend zum Zeitpunkt der Beitragsänderung.
- 6.2 Ihr Vertrag endet spätestens mit Ihrem Tod.
- 6.3 Versicherte Personen sind bei Kündigung ihres Versicherungsverhältnisses durch Sie oder bei Ihrem Tod berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu erklären. Sie müssen hierbei einen künftigen Versicherungsnehmer benennen. Diese Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten ab Kenntniserlangung der versicherten

Person von ihrem Recht abzugeben. Der Beitrag ist ab Fortsetzung des Vertrags zu zahlen.

- 6.4 Auf unser ordentliches Kündigungsrecht verzichten wir. Das Versicherungsverhältnis können wir damit nur außerordentlich kündigen (z. B. bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung). Beschränken wir unsere Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife, können Sie die Aufhebung des gesamten Vertrags verlangen. Ihre Kündigung muss innerhalb von zwei Wochen nach Zugang unserer Kündigung erfolgen. Sie gilt dann zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens unserer Kündigung.  
Kündigen wir den Vertrag wirksam wegen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung, kann die versicherte Person die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses erklären. Sie muss hierbei einen künftigen Versicherungsnehmer benennen. Der Beitrag ist ab Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu zahlen. Wir informieren die versicherte Person in Textform über die Kündigung des Vertrags und das Recht zur Fortsetzung ihres Versicherungsverhältnisses. Dieses Recht der versicherten Person endet zwei Monate, nachdem sie davon Kenntnis erlangt hat.
- 6.5 **Das Versicherungsverhältnis endet für die versicherte Person zum Ende des Monats, in dem sie das 21. Lebensjahr vollendet.**  
Sie können in diesem Fall eine Umstellung in andere verkaufsoffene Zahntarife unter Anrechnung der aus diesem Vertrag erworbenen Rechte beantragen. Dies gilt nur, wenn die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach dem neuen Tarif erfüllt. Wir sind zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet, wenn Sie die Umstellung bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, beantragen.  
Hat die versicherte Person bei Vollendung des 18. Lebensjahres noch keine kieferorthopädische Behandlung begonnen oder durchgeführt, können Sie ebenfalls eine Umstellung in andere verkaufsoffene Zahntarife unter Anrechnung der aus diesem Vertrag erworbenen Rechte beantragen. Dies gilt nur, wenn die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach dem neuen Tarif erfüllt. Wir sind zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet.  
Die Versicherung in dem neuen Tarif muss im unmittelbaren Anschluss an die Beendigung des Tarifs KFO erfolgen.
- 6.6 Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- 6.7 Verlegt eine versicherte Person den gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU oder des Europäischen Wirtschaftsraums, endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- 6.8 Bei Fortfall der Versicherungsfähigkeit endet die Versicherung für die versicherte Person. Sie endet zum Monatsende in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt. Sie müssen uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich melden.
- 6.9 Mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses endet der Versicherungsschutz auch für Versicherungsfälle, die zu diesem Zeitpunkt noch andauern (schwebende Versicherungsfälle).

## Weitere Regelungen

### 7. Was gilt für Mitteilungen oder bei einer Änderung Ihrer Anschrift?

7.1 Ihre den Vertrag betreffenden Mitteilungen können mündlich erfolgen. Es sei denn etwas anderes

- wird ausdrücklich vereinbart (z.B. Textform) oder,
- ist gesetzlich vorgeschrieben.

Die Vertragssprache ist deutsch.

7.2 Falls Sie uns eine Änderung

- Ihrer Anschrift oder
- Ihres Namens

nicht mitteilen, gilt Folgendes: Es genügt für eine Ihnen gegenüber abzugebende Erklärung die Absendung eines Einschreibens an die letzte uns von Ihnen bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefs als zugegangen.

### 8 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](http://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 [ec.europa.eu/consumers/odr](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](mailto: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.

### 9 Welches Recht gilt und welches Gericht ist zuständig?

9.1 Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

9.2 Klagen aus dem Vertrag gegen uns können Sie an das für Ihren Wohnsitz oder unseren Sitz zuständige Gericht richten. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb

der Europäischen Union oder eines Vertragsstaats des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, können Sie sich ausschließlich an das für unseren Sitz zuständige Gericht in Deutschland wenden.

Für Klagen gegen Sie ist das Gericht Ihres Wohnsitzes zuständig.

### 10 Können sich Ihre Vertragsbedingungen zukünftig ändern?

10.1 Sind einzelne Bestimmungen dieser Bedingungen unwirksam, berührt dies nicht die Geltung der übrigen Regelungen.

10.2 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können wir die Bedingungen den veränderten Verhältnissen anpassen. Dies gilt nur, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen. Außerdem muss ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt haben. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats nach Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie wirksam.

Erhöht sich hierdurch der Beitrag, können Sie kündigen. Dies ist nur innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung bei Ihnen möglich. Die Kündigung gilt zum Zeitpunkt zu dem die Beitragserhöhung wirksam wird.

10.3 Wird durch

- höchstrichterliche Entscheidung oder
- durch Verwaltungsakt der Aufsichtsbehörde eine Vertragsbestimmung für unwirksam erklärt, können wir eine neue Regelung festlegen. Voraussetzung ist, dass dies zur Vertragsfortführung notwendig ist oder ohne neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte entsteht. Hierbei sind die Interessen der jeweils anderen Vertragspartei zu berücksichtigen. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels Ihre Belange angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Vertragsbestandteil.

### 11 Wann verjähren die Ansprüche?

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren regelmäßig in drei Jahren. Die Berechnung der Frist richtet sich nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.

Die Verjährung ist für bei uns angemeldete Ansprüche gehemmt. Dies gilt von der Anmeldung bis zum Zugang unserer Entscheidung in Textform bei Ihnen.

## Übersicht der monatlichen Beiträge in den jeweiligen Altersgruppen

Wir haben den folgenden Tarif nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Tarife nach Art der Schadenversicherung sind reine Risikotarife. Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Wir berechnen den Beitrag in diesen Tarifen nach Altersgruppen. Bei Erreichen einer neuen Altersgruppe haben Sie den jeweiligen Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel eine Beitragssteigerung zur Folge. Die Beiträge können sich auch durch eventuell erforderliche Beitragsanpassungen ändern.

<b>Alter der versicherten Person</b>	<b>Tarif KFO (Stand: 01.04.2020)</b>
0 – 10	12,70 €
11 – 20	24,90 €