
Allgemeine Versicherungsbedingungen der Janitos Versicherung AG für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/JS)

(gültig nur zusammen mit den Tarifbedingungen der Janitos Versicherung AG)

(Stand 01.07.2010)

Der Versicherungsschutz

- § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
- § 2 Beginn des Versicherungsschutzes
- § 3 Wartezeiten
- § 4 Umfang der Leistungspflicht
- § 5 Einschränkung der Leistungspflicht
- § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen
- § 7 Ende des Versicherungsschutzes

Pflichten des Versicherungsnehmers

- § 8 Beitragszahlung
- § 8a Beitragsberechnung
- § 8b Beitragsanpassung
- § 9 Obliegenheiten
- § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
- § 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte
- § 12 Aufrechnung

Ende der Versicherung

- § 13 Vertragsdauer / Kündigung durch den Versicherungsnehmer
 - § 14 Kündigung durch den Versicherer
 - § 15 Sonstige Beendigungsgründe
- ## Sonstige Bestimmungen
- § 16 Willenserklärungen und Anzeigen
 - § 17 Gerichtsstand
 - § 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Anhang

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPG)

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle* und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall leistet der Versicherer Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.

*Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

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

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

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

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3).

Während der ersten drei Monate eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über diesen Zeitraum hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens jedoch für weitere drei Monate.

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

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

Hält sich eine versicherte Person für eine Zeit von höchstens sechs Monaten im Ausland auf, gilt dies nicht als Verlegung ihres gewöhnlichen Aufenthalts. Auslandsaufenthalte, die mit einer Unterbrechung von weniger als zwei Monaten aufeinander folgen, werden hierbei zusammengerechnet.

(7) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz nach Maßgabe von § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang) verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit

erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 4 und 5) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 5) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

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

(4) Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet ein Jahr nach Versicherungsbeginn. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben ohne Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.

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

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

Sie entfällt

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

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

(4) Die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten können – mit Ausnahme der Wartezeit für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen – erlassen werden, wenn der Abschluss mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird.

Der Antragsteller und die mitzuversichernden Personen sind verpflichtet, sich innerhalb von zwei Wochen seit Aufforderung durch den Versicherer auf eigene Kosten der ärztlichen Untersuchung zu unterziehen und den ärztlichen Untersuchungsbericht vorzulegen. Nach Ablauf der Frist gilt die Versicherung als ohne ärztliche Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit den Tarifbedingungen. Die Aufwendungen werden jeweils dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt, die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen oder die Heilmittel erbracht werden. Soweit der Tarif auf das Versicherungsjahr bezogene, betragsmäßige Leistungshöchstsätze vorsieht, gelten diese je versicherte Person für volle Jahre. Endet das erste Versicherungsjahr bereits vor Ablauf von einem Jahr (siehe § 2 Abs. 4) oder endet ein späteres Versicherungsjahr vorzeitig, vermindert sich der Betrag um jeweils 1/360 für jeden nicht versicherten Tag. Etwa sich daraus ergebende Überzahlungen sind zurück-

zuerstatten. Bei Umstufung (Tarifwechsel) in einen Tarif mit - auf das Versicherungsjahr bezogen - niedrigeren betragsmäßigen Leistungshöchstsätzen gilt die Regelung sinngemäß.

(2) Freie Behandlerwahl: Der versicherten Person steht in Deutschland die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten, den für ambulante Behandlungen liquidationsberechtigten approbierten Ärzten eines Krankenhauses, den zur ambulanten Heilbehandlung zugelassenen Ambulanzen eines Krankenhauses, welches die Voraussetzungen nach Absatz 4 erfüllt, den medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), den niedergelassenen approbierten psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes frei. Im Ausland können die im jeweiligen Land zugelassenen Heilbehandler, soweit sie den Behandlern gemäß Satz 1 vergleichbar sind, in Anspruch genommen werden.

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

Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie vom Behandler verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten: Nahrungsmittel (außer bei Vorliegen einer Enzymmangelkrankung oder Mukoviszidose) und Stärkungsmittel (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badezusätze, Kosmetika, Antikonzeptiva, Desinfektionsmittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

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

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Der Versicherer kann sich auf eine fehlende Zusage nicht berufen, wenn

- die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist;
- es sich um eine Notfalleinweisung handelt;
- während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(6) Aufwendungen für Behandlungen durch die in Absatz 2 genannten Behandler und in den in Absatz 4 und 5 genannten Krankenhäusern sowie für Verordnungen nach Absatz 3 werden nur ersetzt, soweit der Tarif entsprechende Leistungen auch vorsieht (vgl. Abs. 1 S.1).

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

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eingetreten sind oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind; diese Leistungseinschränkung gilt jedoch nicht, wenn die Krankheit, der Unfall oder der Todesfall im Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eintritt, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb Deutschlands ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Versicherungsschutz besteht jedoch für Terrorakte in Deutschland, die in keinem unmittelbaren oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen in Deutschland stehen und Terrorakte außerhalb von Deutschland, auch solche, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stehen, sofern die versicherte Person an den kriegerischen Ereignissen oder Terrorakten nicht aktiv beteiligt ist;

- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - e) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - f) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
 - g) für die Teile der Behandlungsrechnung, die den Bestimmungen der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten bzw. dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH Stand 1985) nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten, falls der Tarif nichts anderes vorsieht. Dies gilt bei einer Behandlung im Ausland entsprechend, sofern die örtlichen Sätze überschritten werden.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge, ersetzt der Versicherer nur die durch diese gesetzlichen Leistungen nicht abgegoltenen Aufwendungen.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

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

- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

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

- (5) Kosten für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden; Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen können

abgezogen werden, wenn der Versicherungsnehmer kein Inlandskonto benannt hat.

- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zum jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig. Seine Höhe ergibt sich aus dem Versicherungsschein in Verbindung mit der für den Tarif gültigen Tarifprämientabelle. Wird der Beitrag während des Versicherungsjahres nach Maßgabe von § 8b neu festgesetzt, ist der neue Beitrag vom Änderungszeitpunkt an zu zahlen. Wurden Beiträge bereits im Voraus gezahlt, ist der Unterschiedsbetrag nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen. Werden die Beiträge nicht im Lastschriftverfahren gezahlt, wird je Rechnungsstellung ein Inkassozuschlag in Höhe von 5,- Euro erhoben.

(2) Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Ist die Beitragszahlung im Lastschriftverfahren vereinbart, gilt der Erstbeitrag bis zum Eingang der Lastschrift beim Geldinstitut als gestundet.

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

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

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

§ 8a Beitragsberechnung

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

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

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

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

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

§ 8b Beitragsanpassung

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

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

Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer die geänderten Beiträge in den einzelnen Beitragsgruppen mit.

Als Beobachtungseinheiten kommen Männer, Frauen, männliche bzw. weibliche Jugendliche und Kinder in Betracht.

(2) Von einer Beitragsanpassung zum Nachteil des Versicherungsnehmers wird abgesehen, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

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

§ 9 Obliegenheiten

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

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

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

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

(5) Weitere, besondere Obliegenheiten können sich aus dem Tarif ergeben.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

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

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

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

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

Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Vertragsdauer / Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsvertrag wird zunächst für die Dauer von zwei Jahren abgeschlossen. Er verlängert sich um je ein weiteres Versicherungsjahr (§ 2 Abs. 4), wenn der Versicherungsnehmer ihn nicht mit einer Frist von drei Monaten vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich gekündigt hat.

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

(3) Erhöht sich der Beitrag wegen Eintritts in eine andere Beitragsgruppe (siehe § 8a Abs. 3), kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen.

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

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

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.

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

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

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

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

dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

(4) Das Versicherungsverhältnis endet mit Beendigung der Versicherung in der GKV für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der GKV fortfällt. § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 gilt entsprechend.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 Gerichtsstand

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarifbestimmungen

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

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

Anhang

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;

2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;

3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;

4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

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

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

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

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen

angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

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

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

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

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

§ 204 Tarifwechsel

Bei einem bestehenden unbefristeten Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser nach §12 Abs.1 Nr. 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach §12c Abs.1 Satz 1 Nr. 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt. Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlags und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart.

Tarifbedingungen der Janitos Versicherung AG für die Ergänzungsversicherung nach Tarif JA dental mit Leistungen für Zahnersatz

gültig nur zusammen mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Janitos Versicherung AG für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/JS)

(Stand 01.07.2010)

1	Versicherungsfähigkeit.....	1	3.5	Heil- und Kostenplan / Folgen fehlender Genehmigung.....	1
2	Nicht versicherbare Personen	1	3.6	Leistungsstufen.....	1
3	Versicherte Aufwendungen	1	4	Sonstige Bestimmungen	1
3.1	Ambulant durchgeführte Zahnersatzmaßnahmen	1	5	Anpassung von Versicherungsleistungen	2
3.2	Zahnärztliches Honorar	1	6	Optionsrecht	2
3.3	Material- und Laborkosten.....	1		Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen.....	3
3.4	Anrechnung von Leistungen der GKV	1			

1 Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif JA dental können Personen versichert werden, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

2 Nicht versicherbare Personen

Nicht versicherbar und trotz Prämienzahlung nicht versichert sind Personen mit einer bei Vertragsabschluss bereits vorhandenen voll- oder teilprothetischen Versorgung (herausnehmbarer Zahnersatz) sowie Personen mit bei Vertragsabschluss mehr als drei fehlenden Zähnen.

Erfolgt der Abschluss dieses Tarifes aufgrund einer Umstufung (Tarifwechsel), gilt als Vertragsabschluss im Sinne dieser Tarifbedingungen der Zeitpunkt, in dem die versicherte Person erstmalig eine Zahnergänzungsversicherung bei der Janitos Versicherung AG abgeschlossen hat.

Als fehlend im Sinne dieses Tarifes gelten Zähne (außer Weisheitszähne/Milchzähne), die nicht durch Zahnersatzmaßnahmen ersetzt wurden und bei denen kein physiologischer Lückenschluss besteht.

3 Versicherte Aufwendungen

Erstattet werden im Versicherungsfall nachstehend genannte Aufwendungen für Zahnersatz. Für bei Vertragsabschluss bereits begonnene oder angeratene Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz.

3.1 Ambulant durchgeführte Zahnersatzmaßnahmen

Als Zahnersatz gelten

- Einlagefüllungen (Inlays),
- Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen und Onlays,
- prothetische Leistungen (Brücken, Stiftzähne, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur),
- implantologische Leistungen einschließlich der damit in Zusammenhang stehenden chirurgischen Leistungen und der Suprakonstruktionen,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

einschließlich der Material- und Laborkosten.

Ersetzt werden

- 100% der Aufwendungen, sofern nur die Regelversorgung der GKV in Anspruch genommen wurde.

Bei höherwertigen Versorgungsformen werden ersetzt

- 70% der Aufwendungen, wenn durch ein Bonusheft die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in den letzten 10 Jahren vor Behandlungsbeginn nachgewiesen werden kann;
- 65% der Aufwendungen, wenn durch ein Bonusheft die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in den letzten 5 Jahren vor Behandlungsbeginn nachgewiesen werden kann;
- 60% der Aufwendungen, wenn die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in weniger als 5 Jahren vor Behandlungsbeginn oder gar nicht nachgewiesen werden kann.

3.2 Zahnärztliches Honorar

Die Aufwendungen werden ersetzt, soweit sie im Rahmen der kassen-zahnärztlichen Versorgung abgerechnet werden oder soweit sie gemäß der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) berechnet sind. Der Ersatz der Aufwendungen ist auf die in den Gebührenordnungen aufgeführten Höchstsätze begrenzt.

3.3 Material- und Laborkosten

Material- und Laborkosten werden gemäß dem diesem Tarif beiliegenden Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen zum jeweils maßgebenden Erstattungssatz der Hauptleistung (siehe Ziffer 3.1) ersetzt.

3.4 Anrechnung von Leistungen der GKV

Leistungen der GKV werden von den nach Ziffer 3.1 bis 3.3 berechneten tariflichen Leistungen abgezogen. Hat die versicherte Person in der GKV

einen Selbstbehalt nach § 53 SGB V vereinbart, gilt dieser ebenfalls als Leistung der GKV.

Werden für die gewählte Versorgung grundsätzlich zustehende Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen (z.B. weil ein Behandler ohne Kassenzulassung gewählt wurde), ist der Erstattungsbetrag auf 50% der tariflichen Leistungen begrenzt.

3.5 Heil- und Kostenplan / Folgen fehlender Genehmigung

Übersteigt der zu erwartende Gesamtrechnungsbetrag 1.000,- Euro, ist dem Versicherer rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen. Der Versicherer erstattet die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans und verpflichtet sich, dessen Prüfung unverzüglich vorzunehmen. Die Aufwendungen werden zu den nach Ziffer 3.1 maßgebenden Prozentsätzen erstattet, soweit der Versicherer den Heil- und Kostenplan genehmigt hat. Wird die Maßnahme ohne vorherige Genehmigung des Versicherers durchgeführt, werden die 1.000,- Euro übersteigenden Aufwendungen zu 50 % der tariflichen Leistungen ersetzt.

3.6 Leistungsstufen

Leistungsstufe FZ1:

Für Personen mit bei Vertragsabschluss einem oder keinem fehlenden Zahn ist die Erstattung begrenzt auf einen Betrag von höchstens

- 1.000 Euro in den ersten 12 Monaten,
- 2.000 Euro in den ersten 24 Monaten,
- 3.000 Euro in den ersten 36 Monaten und
- 4.000 Euro in den ersten 48 Monaten

ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif.

Leistungsstufe FZ2:

Für Personen mit bei Vertragsabschluss zwei fehlenden Zähnen ist die Erstattung begrenzt auf einen Betrag von höchstens

- 300 Euro in den ersten 12 Monaten,
- 600 Euro in den ersten 24 Monaten,
- 900 Euro in den ersten 36 Monaten und
- 1.200 Euro in den ersten 48 Monaten

ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif.

Leistungsstufe FZ3:

Für Personen mit bei Vertragsabschluss drei fehlenden Zähnen ist die Erstattung begrenzt auf einen Betrag von höchstens

- 150 Euro in den ersten 12 Monaten,
- 300 Euro in den ersten 24 Monaten,
- 450 Euro in den ersten 36 Monaten und
- 600 Euro in den ersten 48 Monaten

ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif.

Die Leistungsstaffelung entfällt für Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall (siehe § 1 Abs. 1 AVB/JS) zurückzuführen sind.

4 Sonstige Bestimmungen

Die Leistung der GKV bzw. die Leistungsablehnung durch die GKV muss auf den eingereichten Kostenbelegen bestätigt und die Höhe angerechneter Leistungen aus einem Selbstbehalt angegeben sein.

Tarifbedingungen der Janitos Versicherung AG für die Ergänzungsversicherung nach Tarif JA dental mit Leistungen für Zahnersatz

5 Anpassung von Versicherungsleistungen

Unter den in § 18 AVB/JS genannten Voraussetzungen (z.B. bei Änderungen der Leistungen der GKV oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen für Zahnärzte oder Ärzte, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen des Tarifes JA dental haben), ist der Versicherte berechtigt, die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Unter den gleichen Voraussetzungen können auch die Positionen und Höchstbeträge des Preis- und Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen sowie tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen angepasst werden.

6 Optionsrecht

Der Versicherungsnehmer kann für nach Tarif JA dental versicherte Personen, die diese Versicherung erstmalig abgeschlossen haben und

die bei Beginn der Versicherung das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, verlangen, dass der Versicherte Anträge auf Umstellung des Versicherungsverhältnisses in Tarif JA dental plus ohne erneute Gesundheitsprüfung, ohne Wartezeiten und unter Anrechnung der Versicherungsdauer nach Tarif JA dental auf die Leistungsstaffelung für Zahnersatz annimmt. Die Umstellung kann jeweils mit einer Frist von einem Monat zum Ablauf des 3. oder 6. Versicherungsjahres verlangt werden. Das für die Umstellung maßgebliche erste Versicherungsjahr beginnt dabei frühestens in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet.

Der vom Umstellungstermin an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter der versicherten Person (siehe § 8a Absatz 3 Satz 4 AVB/JS). Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Umstellung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Umstellung bestehen.

**Tarifbedingungen der Janitos Versicherung AG für die Ergänzungsversicherung nach
Tarif JA dental mit Leistungen für Zahnersatz**

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen

Zahntechnische Leistungen	Erstattungsfähiger Höchstbetrag in Euro
Arbeitsvorbereitung	
Dowel-Pin setzen	4,30
Dublieren Einzelstumpf	10,10
Dublieren Modell oder Modellteil	13,30
Hilfsteil in Abdruck	13,30
Platzhalter einfügen	19,30
Frässockel	12,70
Kunststoffstümpfe, Metallstümpfe, Einzelstümpfe	18,40
Modell aus feuerfester Masse/Lötmodell	12,70
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Okklusionsmodell	12,70
Modell aus Hart/Superhartgips, Kontrollmodell	15,20
Modell oder Zahnkranz bearbeiten/ausgießen	12,70
angeliefertes Modell untersockeln	8,90
Modell vermessen	6,90
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	12,70
Modellergänzung aus Kunststoff	22,10
Modellmontage in Artikulator I/II/III	16,50
Modellpaar sockeln, dreidimensional	30,00
Modellpaar trimmen, okklusionsbezogen	10,00
Montage eines Gegenkiefermodells	10,10
Remontage-Modell, je Modell	19,00
Remontage Prothetik (Einartikulieren und Einschleifen)	64,60
Spezialmodell	20,00
Split-Cast Sockel an Modell	12,00
Stumpfdruck galvanisieren	19,30
Zweitstumpf für Inlay, Stumpf aus feuerfester Masse	19,00
Reponieren eines Stumpfes	4,80
Radieren nach System	6,40
Auswerten eines Registrates	7,60
Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln	
Basis aus Kunststoff für Bissnahme, Aufstellung	23,00
Bisswall aus Wachs auf Basis	12,70
Bisswall aus Kunststoff	17,30
Individueller Löffel aus Kunststoff	23,50
Funktionslöffel aus Kunststoff	23,00
Metallarmierung für provisorische Versorgung, je Zahn	36,10
Metallprovisorium verblenden, je Zahn	39,60
Provisorische Krone aus Kunststoff	35,00
Provisorischer Stütz Zahn aus Kunststoff	28,70
Provisorisches Brückenglied aus Kunststoff	28,70
Provisorisches Inlay, Onlay, Teilkronen	50,60
Registrierplatte u. -stift incl. Basen je Kiefer	32,70
Spezialbissplatte	32,70
Formteil für prov. Versorgung, je Kieferhälfte	40,50
Vorwall	17,00
Inlays	
Angelieferte Modellation gießen	41,40
Keramikteilkronen/Presskeramikteilkronen/ Glaskeramikteilkronen/Keramikteilonlay/ Presskeramikonlay/Glaskeramikonlay	187,20
Teilkronen/Onlay zur Verblendung	126,40
Teilkronen/Onlay aus Metall	140,90
Teilkronen/Onlay gefräst	224,30
Keramikverblendschalen/Keramikveneer	106,30
Verblendschale/Veneer aus Kunststoff	63,60
Gussinlay (ohne Verblendung) einflächig	60,70
Gussinlay (ohne Verblendung) zweiflächig	74,80
Gussinlay (ohne Verblendung) dreiflächig	86,00
Gussinlay (ohne Verblendung) mehrflächig	92,40
GalvanoInlay (ohne Verblendung) einflächig	71,60

GalvanoInlay (ohne Verblendung) zweiflächig	81,80
GalvanoInlay (ohne Verblendung) dreiflächig	92,10
GalvanoInlay (ohne Verblendung) mehrflächig	92,40
KeramikInlay, einflächig	71,60
KeramikInlay, zweiflächig	81,80
KeramikInlay, dreiflächig	92,10
KeramikInlay, mehrflächig	92,10
PresskeramikInlay, einflächig	110,60
PresskeramikInlay, zweiflächig	122,40
PresskeramikInlay, dreiflächig	134,80
PresskeramikInlay, mehrflächig	158,40
Inlay aus gegossenem Glas, einflächig	71,60
Inlay aus gegossenem Glas, zweiflächig	81,80
Inlay aus gegossenem Glas, dreiflächig	92,10
Inlay aus gegossenem Glas, mehrflächig	92,10
Inlay aus Kunststoff, einflächig	71,60
Inlay aus Kunststoff, zweiflächig	81,80
Inlay aus Kunststoff, dreiflächig	92,10
Inlay aus Kunststoff, mehrflächig	92,10
Kronen und Brücken	
Galvanokrone für Verblendung	70,10
Krone gegossen für Keramik-Vollverblendung	110,00
Krone gegossen für Keramik-Teilverblendung	99,20
Kunststoffkrone	81,00
Krone, gefräst, Über-Presskeramik ohne Stufenpräparation	96,80
Krone, Metall, ohne Stufenpräparation	96,70
Krone, Metall, nach Stufenpräparation	110,50
Mantelkrone, Frontzahn/Seitenzahn, aus Kunststoff	88,30
Stufenkrone, gegossen für Keramik-Teilverblendung	99,50
Stufenkrone, gegossen für Keramik-Vollverblendung	114,00
Modellieren, je Zahn	16,50
Teilverblendung aus Keramik/Glas	105,80
Teilverblendung aus Kunststoff	64,40
Mehrflächige Verblendung aus Keramik	120,00
Mehrflächige Verblendung aus Kunststoff	106,00
Sintergerüst für Krone, ohne Verblendung	86,00
Stift in Inlay für Pinledge-Technik	14,50
Stiftaufbau direkt	28,00
Stiftaufbau, indirekt, gegossen oder gefräst	75,00
Stiftaufbau in vorhandene Krone	25,50
Hartkernstiftaufbau, mehrflächig, ohne Verblendung	75,00
Wurzelstift, gegossen aus Metall	45,00
Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	27,80
Wurzelkappe, indirekt, gegossen erodiert, mit Aufbau	85,50
Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvano-Wurzelkappe	99,20
Sattel-/Wurzelpontic aus Keramik/Glas/Polymerglas	41,80
Sattel-/Wurzelpontic aus Kunststoff	20,00
Brückenglied, gegossen oder gefräst, massiv	83,00
Brückenglied, gegossen oder gefräst, für Keramik/Kunststoff Teilverblendung	69,20
Brückenglied, gegossen oder gefräst, für Keramik/Kunststoff Vollverblendung	69,30
Anker gefräst oder gegossen für Klebebrücke	127,20
Auflage an Brückenglied	16,50
Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	18,60
Krone, Brückenglied in vorhandene Prothese einarbeiten	18,60
Rohbrandeinprobe, je Zahneinheit	10,10
Zahnfleisch aus Keramik	50,00
Zahnfleisch aus Kunststoff	25,00
Teleskopkronen (Konuskronen), Geschiebetechnik, Verbindungselemente	
Teleskopkrone/Konuskrone, Primär- und Sekundärteil	258,40
Frictionsstift/Federbolzen/Schraube inkl. Bohrung und Fräsung	120,00
Individueller Steg, Grundeinheit	110,00
Individueller Steg, Längeneinheit je Zahn	19,00

**Tarifbedingungen der Janitos Versicherung AG für die Ergänzungsversicherung nach
Tarif JA dental mit Leistungen für Zahnersatz**

Zahntechnische Leistungen	Erstattungsfähiger Höchstbetrag in Euro
Individuelles Steggeschiebe, primär oder sekundär	120,00
Individuelles Geschiebe, primär oder sekundär	170,00
Konfektionsgeschiebe/-riegel/verriegelnd, primär	98,00
Konfektionsgeschiebe/-anker/gelenk, primär	98,00
Konfektionssteglasche in Kunststoffbasis/Metallbasis	63,00
Rillen-Schulter-Geschiebe	151,30
Schub-Steckriegel, Schwenk-Drehriegel	230,00
Schubverteilungsarm	73,00
Lager für Ankerbandklammer	71,00
Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	71,00
Lager für Schubverteilungsarm	71,00
Lösungsknopf für Verbindungselement, Krone, Brücke	20,00
Verschraubung/Verbolzung	55,00
Herausnehmbarer Zahnersatz	
Basis aus Kunststoff	20,70
Basis aus Weichkunststoff	68,90
Basisteil gegossen, auch Edelmetall	87,00
Aufstellen Grundeinheit Kunststoff/Metall	44,00
Aufstellen je Zahneinheit auf Wachs/Kunststoff	3,30
Aufstellen je Zahneinheit auf Metallbasis	4,10
Aufstellen je Zahneinheit bei Totalprothese	3,10
WAX-UP, je Zahn	13,00
SET-UP, je Zahn	12,70
Befestigung eines Zahnes mit zahnfarbenem Kunststoff	24,50
Fertigstellen je Zahneinheit/Kunststoffbasis	2,80
Fertigstellen je Zahneinheit/Metallbasis	3,60
Grundeinheit Fertigstellung	75,90
Umstellen je Zahneinheit	7,50
Unterfütterbarer Abschlussrand	17,90
Zahnfarbenbestimmung insgesamt	25,30
Zahnfleisch je Zahneinheit	53,10
Zahnfleischmaske, abnehmbar je Kieferhälfte/Frontzahnbereich	22,80
Übertragen einer Wachsaufstellung auf Metallbasis	5,10
Einarmsige Klammer gebogen	9,60
Einarmsige Klammer gegossen	11,30
Inlayklammer gebogen	9,80
Inlayklammer gegossen	11,30
Kralle gebogen	9,80
Kralle gegossen	11,30
Approximalklammer gebogen	12,00
Approximalklammer gegossen	20,00
Bonyhardklammer gebogen	9,80
Bonyhardklammer gegossen	20,00
Interdental-Knopfklammer	9,80
Zweiarmsige Klammer/Bonwillklammer/Bonyhard-Klammer mit Auflage/J-Klammer/Überwurfklammer	25,30
Auflage gebogen	9,80
Auflage gegossen	11,30
Rückenschutzplatte	40,00
Metallzahn/Metallkauffläche, auch Edelmetall	47,90
Kauffläche aus zahnfarbenem Kunststoff	45,30
Sonderkunststoff	63,00
Umgebungsbügel bei Diastema	30,00
Metallverbindungen (Lötungen, Schweißen)	
Metallverbindung nach keramischen Brand (inkl. Lötung auf Modell)	45,00
Lötfreie Verbindung Primärteil, je Einheit	7,50
Lötfreie Verbindung Sekundärteil, je Einheit	12,50
Laserschweißen/Punktschweißen mit Verlötung bei gleichen Legierungen, je Verbindung	23,00
Laserschweißen/Punktschweißen mit Verlötung bei unterschiedlichen Legierungen, je Verbindung	30,00
Zuschlag bei Nichtedelmetallverarbeitung (NEM)	20,00

Implantate/Suprakonstruktionen	
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	53,20
Aufwand zu Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	70,00
Basis aus Kunststoff, auf Implantat	42,00
Implantatachse und -ort festlegen, je Zahn	30,20
Implantatdivergenz-Ausgleichkrone gegossen	85,00
Parallelbohrschablone für Implantat, je Kiefer	50,00
Implantat-Kontrollschablone	35,00
Übertragungsschlüssel - je 2 Implantate	27,50
Individueller Gingivaformer, je Implantat	27,00
Implantatmodell	12,90
Implantatpfosten auf Modellierpfosten aufschrauben	6,00
Verlängerungshülse für Implantat	20,00
Verschraubung, Implantat	55,00
Zahn vermessen	1,90
Zahnfleisch aus Kunststoff je Implantat	18,70
Reparaturen/Erweiterungen und Wiederherstellen von Zahnersatz	
Basis tiefgezogen	19,00
Basis unterfüttern	52,80
Basis erneuern	64,00
Basisteil unterfüttern	30,40
Basisteil erneuern	83,50
Instandsetzung einer Metallbasis, Grundeinheit	17,50
Instandsetzung einer Prothese/Kunststoffbasis, Grundeinheit	15,90
Grundeinheit erweitern	23,50
Kronenreparatur, Grundeinheit inkl. Trennsplatt	33,80
Brückengliedreparatur, Grundeinheit inkl. Trennsplatt	33,80
Gebogene Retention, je Retention	40,90
Gegossene Retention, je Retention	50,20
Leistungseinheit Sprung, Bruch aus Metall	10,10
Leistungseinheit Sprung, Bruch aus Kunststoff	10,10
Leistungseinheit Wiederbefestigung eines Zahnes	10,10
Leistungseinheit Basisteil	10,10
Leistungseinheit Erneuerung Zahn/Klammer einarbeiten	10,10
Leistungseinheit Kunststoffsaattel lösen u. wiederbefestigen	10,10
Leistungseinheit aktivieren Teleskopkrone, Geschiebe	10,10
Leistungseinheit Instandsetzen individueller Riegel	10,10
Leistungseinheit Kontaktpunkt	10,10
Leistungseinheit Nacharbeiten Keramikverblendung	10,10
Leistungseinheit Okklusionsausgleich/Konfektionszahn	10,10
Leistungseinheit Retention/Basisteil einarbeiten	10,10
Leistungseinheit Rückenschutzplatte einarbeiten	10,10
Leistungseinheit Sekundärteil wiederbefestigen ohne Lötung	10,10
Leistungseinheit Vorbereitung für Verblendung	10,10
Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien	
Kauffläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet	34,20
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet	20,00
Selektives Einschleifen, je Zahn	21,50
Versand	
Versand, je Versandgang	8,50
Sonderversand oder Fahrtkosten	8,50