



Janitos

Zahnezusatzversicherung
Produktlinie JA dental 90

Versicherungsbedingungen und Informationen

Stand: 01.07.2021 | Bedingungsnummer: 260106

**Allgemeine Versicherungsbedingungen der Janitos Versicherung AG für die
Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/JS)
(Stand 01.07.2021)**

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 Versicherungsleistung
- § 7 Ende des Versicherungsschutzes

Pflichten des Versicherungsnehmers

- § 8 Beitragszahlungen
- § 8 a Beitragsberechnung
- § 8 b 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, Tarifbestimmungen und Beiträge

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 Heilbehandlungen 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, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

- Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- ein medizinisch notwendiger oder ein rechtmäßiger Schwangerschaftsabbruch sowie eine medizinisch notwendige Sterilisation,
- ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) nach Maßgabe der tariflichen Bestimmungen,
- ärztlich angeratene sowie von der ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Institutes empfohlene Schutzimpfungen nach Maßgabe der tariflichen Bestimmungen,
- Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen 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 vorübergehenden 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 aber für weitere drei Monate.

(5) Aufnahmefähig sind Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben und für die keine weitere Zusatzversicherung mit Leistungen für zahnärztliche Behandlungen in Deutschland bei einem privaten Krankenversicherer besteht. 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 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 zusammengezählt.

§ 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 eines 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 Lebenspartnerschaftsgesetz 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 (mit Ausnahme der zahnmedizinischen Individualprophylaxe), 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 in diesem Fall 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 zurückzuerstatten. 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 Stärkungspräparate (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badesätze, 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 Krankengeschichten führen.

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

- a) die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist;
- b) es sich um eine Notfalleinweisung handelt;
- c) 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.

(8) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvorschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(9) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) 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 nicht, wenn die versicherte Person außerhalb von Deutschland vom Eintritt des Kriegsereignisses

überrascht wird und das betroffene Gebiet aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, nicht verlassen kann. Dabei besteht Versicherungsschutz solange, bis die Ausreise ohne Gefahr für Leib und Leben möglich ist. Ein Kriegsereignis tritt dann überraschend ein, wenn vor Beginn der Reise keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt für das betroffene Reisegebiet erfolgte. Terroristische Anschläge gelten nicht als Kriegsereignisse.

- 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, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- f) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- g) für Behandlungsrechnungen, die den Bestimmungen der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten bzw. dem aktuellen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten, falls der Tarif nichts anderes vorsieht. Dies gilt bei einer Behandlung im Ausland entsprechend, sofern die ortsüblichen 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 mit den hierfür in Rechnung gestellten Steigerungssätzen) und das jeweilige 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 nicht 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. Auf Wunsch des Versicherungsnehmers kann auch eine vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Beitragszahlung vereinbart werden. Der Beitrag 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 § 8 b neu festgesetzt, ist der neue Beitrag vom Änderungszeitpunkt an zu zahlen. Wurden Beiträge bereits im Voraus gezahlt, ist der Unterschiedsbetrag nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(2) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nichts anderes vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von 2 Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines 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 bzw. der Beitragsrate 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. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

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

§ 8 a Beitragsberechnung

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

(2) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(3) Der monatliche Beitrag richtet sich nach 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 April 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 entsprechend 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.

§ 8 b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer jährlich für diesen Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt die Gegenüberstellung der erforderlichen Versicherungsleistungen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit dieses Tarifs eine Abweichung von mehr als 5%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen mathematischen Treuhänders angepasst. Eine Beitragsanpassung erfolgt nicht, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und dem Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als nur vorübergehend anzusehen ist.

(2) Erfolgt eine Beitragsanpassung, werden auch eventuell vereinbarte Risikozuschläge im Zuge der Beitragsanpassung entsprechend angepasst.

(3) Änderungen gemäß den vorgenannten Absätzen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß Abs. 1 oder vermindert er seine Leistungen gemäß (§ 18), besteht gemäß § 13 (4) ein außerordentliches Kündigungsrecht für den Versicherungsnehmer.

§ 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 oder Zahnarzt 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) Eine weitere Zusatzversicherung bei einem anderen Versicherer mit Leistungen für zahnärztliche Behandlungen in Deutschland darf nur mit Zustimmung des Versicherers abgeschlossen werden.

(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 die in § 9 Abs. 4 oder eine im abgeschlossenen Tarif (§ 9 Abs. 5) genannte Obliegenheit 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 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 (§ 8 b) oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und 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 Textform.

§ 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, Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz ist, oder ist sein Wohnsitz oder sein gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens, können diese Bedingungen oder die Tarifbedingungen durch den Versicherer den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger juristischer 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 Änderung und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstgerichtliche 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.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und

Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang

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

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 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 infolgedessen 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.

Tarifbedingungen der Janitos Versicherung AG für die Ergänzungsversicherung nach Tarif JA dental 90 mit Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

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

(Stand 01.07.2021)

1. Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif JA dental 90 können Personen versichert werden, die in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Endet die Versicherung in der GKV, so endet die Versicherung nach Tarif JA dental 90 für die betreffende Person mit dem Tag, an dem die Versicherung in der GKV fortfällt.

2. Versicherungsvoraussetzung

2.1. 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 einem fehlenden Zahn.

Als fehlend im Sinne dieses Tarifes gelten Zähne, die nicht durch Zahnersatzmaßnahmen ersetzt wurden und bei denen kein physiologischer Lückenschluss besteht. Weisheitszähne und Milchzähne zählen nicht zu den fehlenden Zähnen.

2.2. Wartezeiten

Abweichend von § 3 (3) AVB/JS entfallen alle Wartezeiten.

3. Versicherte Aufwendungen

Für bei Vertragsabschluss bereits begonnene oder angeratene Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz.

Im Versicherungsfall werden die nachstehenden Aufwendungen erstattet:

3.1. Zahnbehandlung

Ersetzt werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlungen zusammen mit einer eventuellen Leistung der GKV zu 100 %.

Inlays und Kronen gelten als Zahnersatz nach Ziff.3.3, Fissurenversiegelungen zählen zur Zahnmedizinischen Individualprophylaxe nach Ziff. 3.2

Als Zahnbehandlung gelten:

- allgemeine und konservierende Leistungen. Hierzu gehören u.a. Wurzelspitzen-Resektionen, Wurzelbehandlungen und Wurzelkanal-Behandlungen inklusive elektrometrischer Wurzellängenmessung sowie der Behandlung mit dem OP-Mikroskop sowie plastische Füllungen insbesondere Kunststoff-, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen
- Leistungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums, inklusive VECTOR-Technologie, Schleimhauttransplantation, Bakterienanalyse, DNA-Test

einschließlich der in Verbindung mit diesen Leistungen notwendigen

- Anästhesie- und chirurgischen Leistungen
- Bildaufnahmen (z.B. Röntgenbilder oder digitale Volumetomographie)

- Laserbehandlungen inklusive photoaktivierter Chemotherapie
- funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen
- zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten)
- Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (auch DROS-Schienen)

3.2. Zahnmedizinische Individualprophylaxe

Ersetzt werden 100 % der Aufwendungen. Die maximale Erstattung des Versicherers beträgt 150 Euro innerhalb eines Kalenderjahres.

Als zahnmedizinische Individualprophylaxe gelten:

- Professionelle Zahnreinigung
- Versiegelung (Fissurenversiegelung)
- Fluoridierung
- Speicheltest zur Keimbestimmung (Bakterien-/DNA-Test)
- Erstellung eines Mundhygienestatus
- Kontrolle des Übungserfolges
- Kariesrisikodiagnostik

Für die Durchführung können auch zahnmedizinische Fachassistenten (Dentalhygieniker) in Anspruch genommen werden.

3.3. Zahnersatz

Ersetzt werden 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen, sofern die Regelversorgung der GKV in Anspruch genommen wurde.

Sofern nicht die Regelversorgung, sondern eine höherwertige Versorgungsform gewählt wird, gilt:

- Es werden 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.
- Sofern für eine Zahnersatzmaßnahme, die ab dem 5. Kalenderjahr nach Versicherungsbeginn oder später durchgeführt wird, bei der GKV kein erhöhter Festzuschuss aufgrund eines mindestens 5 Jahre lang lückenlos geführten Bonusheftes besteht, reduziert sich der Erstattungssatz auf 80%.

Das erste Kalenderjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Datum (Versicherungsbeginn) und endet am 31. Dezember.

Als Zahnersatz gelten:

- Einlagenfüllungen (Inlays), Veneers, Verblendungen
- Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen und Onlays
- Prothetische Leistungen (Brücken, Stützabutments, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur)
- implantologische Leistungen einschließlich der damit in Zusammenhang stehenden chirurgischen Leistungen und der Suprakonstruktionen und der Leistungen für weichgewebs- und knochenbauende Maßnahmen

einschließlich der in Verbindung mit diesen Leistungen notwendigen

- Anästhesie- und chirurgischen Leistungen
- Bildaufnahmen (z.B. Röntgenbilder oder digitale Volumetomographie)
- Laserbehandlungen inklusive photoaktivierter Chemotherapie
- funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen

Tarifbedingungen der Janitos Versicherung AG für die Ergänzungsversicherung nach Tarif JA dental 90 mit Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

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

(Stand 01.07.2021)

- zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten), u.a. auch CEREC-Versorgungen.
- Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (auch DROS-Schienen)

Die Aufwendungen für Verblendungen sind je Quadranten bis einschließlich Zahn acht (letzter Zahn) erstattungsfähig.

Eine generelle Begrenzung der Anzahl von Implantaten sieht der Tarif nicht vor.

3.4. Kieferorthopädie

Ersetzt werden Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, sofern eine Zahn- oder Kieferfehlstellung vorliegt, die aus medizinischen Gründen korrigiert werden muss.

(1) Bei Beginn der Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahres:

a) Ersetzt werden 100% der Aufwendungen, wenn keine Leistungspflicht der GKV besteht, weil die Maßnahme nicht einer der Kieferindikationsgruppen 3 bis 5 zuzuordnen ist. Der Erstattungsbetrag ist dann über die gesamte Vertragslaufzeit auf maximal 4.000 Euro begrenzt.

b) Besteht eine Leistungspflicht der GKV, werden 100% nach Vorleistung der GKV verbleibenden der Aufwendungen erstattet. Der Erstattungsbetrag ist dabei über die gesamte Vertragslaufzeit auf maximal 2.000 Euro begrenzt.

(2) Bei Beginn der Behandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres:

Ersetzt werden 100 % der Aufwendungen, die nach eventueller Vorleistung der GKV verbleiben, sofern die Indikation auf einen Unfall zurückzuführen ist, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist. Der Erstattungsbetrag ist dabei auf maximal 2.000 Euro je Versicherungsfall begrenzt.

Als kieferorthopädische Leistungen gelten u.a. auch:

- Mini-Metall-, Keramik- und Kunststoffbrackets
- unsichtbare Zahnspange (Invisalign)
- Lingualtechnik
- festsitzender Retainer
- konfektionierte herausnehmbare Geräte
- festsitzender Lückenhalter
- farbige oder farblose Bögen und Teilbögen
- thermisch programmierbare oder plastische Bögen und Teilbögen
- Pendulum
- Distal-Jet

einschließlich der in Verbindung mit diesen Leistungen notwendigen

- Anästhesie- und chirurgischen Leistungen
- Bildaufnahmen (z.B. Röntgenbilder oder digitale Volumentomographie)
- funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen
- zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten)
- Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (auch DROS-Schienen).

3.5. Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Ersetzt werden 100% der Aufwendungen für schmerzausschaltende Maßnahmen beim Zahnarzt, für die die GKV nicht leistungspflichtig ist. Die maximale Erstattung des Versicherers beträgt 250 Euro innerhalb eines Kalenderjahres.

Maßnahmen zur Schmerzausschaltung, für die die GKV nicht leistungspflichtig ist, können z.B. sein:

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

3.6. Leistungsbegrenzung (Zahnstapel)

Die Erstattung des Versicherers nach den Ziffern 3.1. und 3.3. bis 3.5. ist ab Versicherungsbeginn begrenzt auf maximal:

- 1.000 Euro im ersten Kalenderjahr
- 2.000 Euro in den ersten zwei Kalenderjahren
- 3.000 Euro in den ersten drei Kalenderjahren und
- 4.000 Euro in den ersten vier Kalenderjahren

Diese Begrenzung entfällt bei unfallbedingter Behandlung, sofern der Unfall nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

Das erste Kalenderjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Datum (Versicherungsbeginn) und endet am 31. Dezember.

3.7. Anrechnung von Leistungen der GKV

Sofern eine Vorleistung der GKV in Anspruch genommen werden kann, wird diese von den tariflichen Leistungen abgezogen. Ein vereinbarter Selbstbehalt mit der GKV (z. B. im Rahmen eines Wahltarifs) gilt ebenfalls als Vorleistung und wird nicht erstattet.

Werden für die gewählte Versorgung von der GKV zu erstattende Leistungen nicht in Anspruch genommen (z. B. weil ein Zahnarzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde), werden pauschal 35 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als Vorleistung der GKV von den tariflichen Leistungen abgezogen. Tariflich bestehende Leistungsobergrenzen (auch die Zahnstapelbeträge) gelten dabei unverändert fort.

4. Zahnärztliches Honorar

Die Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) bzw. für Ärzte (GOÄ) berechnet werden.

Erstattungsfähig sind Leistungen bis zu den jeweiligen Höchstsätzen der Gebührenordnung.

5. Heil- und Kostenpläne

Es wird empfohlen vor Inanspruchnahme von umfangreichen Maßnahmen (insbesondere bei Zahnersatz und Kieferorthopädie) einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Der Versicherer erstattet in diesem Fall die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans, verpflichtet sich diesen unverzüglich zu prüfen und teilt die Höhe der zu erwartenden Leistung mit. Wird der Plan nicht eingereicht, hat dies keine Auswirkungen auf die Leistungen.

6. 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 90 mit Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

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

(Stand 01.07.2021)

7. Beitrag

Der Beitrag ist abhängig vom Alter der versicherten Person. Das Alter wird berechnet, indem man vom laufenden Kalenderjahr das Geburtsjahr abzieht, unabhängig vom tatsächlichen Geburtstag (siehe § 8a Abs. 3 AVB/JS). Gemäß dem so errechneten Alter wird die versicherte Person einer der nachfolgenden Altersgruppen zugeordnet, die für den Beitrag maßgebend sind:

- 0 bis 20 Jahre (Kinder und Jugendliche)
- 21 bis 25 Jahre
- 26 bis 30 Jahre
- 31 bis 35 Jahre
- 36 bis 40 Jahre
- 41 bis 45 Jahre
- 46 bis 50 Jahre
- 51 bis 55 Jahre
- 56 bis 60 Jahre
- 61 Jahre und älter

Der gültige Beitrag für die erreichte Altersgruppe einer versicherten Person ist auf dem aktuellen Versicherungsschein ersichtlich, ebenso die jeweils gültigen Beiträge für alle anderen Altersgruppen.