

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Kranken- Zusatzversicherung (AVB/ZV 2016)

Fassung Februar 2017

§ 1	Welchen Schutz bietet diese Versicherung?	3
(1)	Mit wem schließen Sie die Versicherung ab?	3
(2)	Was ist versichert?	3
(3)	Was ist ein ►Versicherungsfall?	3
(4)	Ist der Versicherte auch im Ausland versichert?	3
(5)	Wo ist der Umfang des Versicherungsschutzes geregelt?	3
§ 2	Wann beginnt der Versicherungsschutz?	3
(1)	Wann ist Ihr Vertrag geschlossen und wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	3
(2)	Wann beginnt der Versicherungsschutz bei Neugeborenen?	4
(3)	Was ist eine ►Wartezeit?	4
§ 3	Was leisten wir im ►Versicherungsfall?	4
(1)	Welche Leistung ist versichert?	4
(2)	Unter welchen Ärzten und Behandelnden kann der Versicherte wählen?	4
(3)	Unter welchen Krankenhäusern kann der Versicherte wählen?	4
(4)	Was müssen Sie bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln beachten?	5
(5)	Für welche Methoden leisten wir, wenn der Versicherte untersucht und behandelt werden muss?	5
(6)	Wie können Sie vorab erfahren, was wir leisten?	5
§ 4	Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?	5
(1)	Wann leisten wir nicht?	5
(2)	In welchen Fällen können wir die Leistung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?	6
(3)	Was geschieht, wenn mehrere Kostenträger beteiligt sind?	6
§ 5	Wie erfolgt die Erstattung im ►Versicherungsfall?	6
(1)	Welche Nachweise und Angaben benötigen wir, damit wir leisten können?	6
(2)	An wen leisten wir?	7
(3)	Welche Kosten können wir von der Leistung abziehen?	7

§ 6	Welche Pflichten müssen Sie beachten, wenn wir leisten sollen? Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?	7
(1)	Welche Pflichten sind zu beachten?	7
(2)	Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?	7
(3)	Was ist zu beachten, wenn Sie Ansprüche gegenüber Dritten haben?	7
§ 7	Wie berechnen wir die Beiträge und wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?	8
(1)	Wie berechnen wir die Beiträge?	8
(2)	Wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?	8
§ 8	Wann können Sie gegen unsere Forderungen aufrechnen?	8
§ 9	Wann können wir die Beiträge und die Bedingungen ändern?.....	8
(1)	Wann können wir die Beiträge ändern?.....	8
(2)	Wann können wir die Bedingungen ändern?	9
§ 10	Wann und wie können Sie den Versicherungsschutz ändern?	9
§ 11	Wann endet der Vertrag und wann endet der Versicherungsschutz?	10
(1)	Wann endet der Vertrag?.....	10
(2)	Wann endet der Versicherungsschutz?.....	10
§ 12	Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen?	10
§ 13	Wann können wir Ihren Vertrag kündigen?	10
§ 14	Wie muss eine Mitteilung aussehen, die Sie an uns richten?	11
§ 15	Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?	11
(1)	Wo können Sie eine Klage gegen uns einreichen?.....	11
(2)	Wo können wir eine Klage gegen Sie einreichen?.....	11
(3)	Wo können wir Klage einreichen, wenn Sie Ihren Wohnsitz verlegt haben oder uns dieser nicht bekannt ist?	11
(4)	An wen können Sie sich zur außergerichtlichen Streitbeilegung wenden?	11
	Fachbegriffe.....	12
	Anhang	14
	Versicherungsvertragsgesetz [VVG].....	14
	Lebenspartnerschaftsgesetz [LPartG].....	15

§ 1 Welchen Schutz bietet diese Versicherung?

(1) Mit wem schließen Sie die Versicherung ab?

Wir sind die HALLESCHE Krankenversicherung a.G. mit Sitz in Stuttgart. Sie sind unser Vertragspartner, der so genannte Versicherungsnehmer. Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig auch der Versicherte. Sie können auch andere Personen (mit)versichert haben. Diese bezeichnen wir ebenfalls als Versicherte.

Um die Allgemeinen Versicherungsbedingungen leicht lesbar zu machen, verwenden wir in der Regel die männliche Schreibweise. Gemeint ist damit immer auch die weibliche Form.

(2) Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Tarif genannte Ereignisse. Im >Versicherungsfall ersetzen wir die Kosten für die >Heilbehandlung und/oder andere vereinbarte Leistungen. Was wir genau leisten, lesen Sie bitte in Ihrem Tarif.

(3) Was ist ein >Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige >Heilbehandlung des Versicherten wegen Krankheit oder den Folgen eines >Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn der Versicherte nach medizinischem Befund nicht mehr behandelt werden muss.

Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammen hängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Je nach Tarif kann es sonstige Versicherungsfälle geben, in denen Versicherungsschutz besteht. Wann das so ist, regeln wir ausdrücklich im Tarif.

(4) Ist der Versicherte auch im Ausland versichert?

Der Versicherte hat weltweit Versicherungsschutz.

Bitte beachten Sie: Unter Umständen ist ein Versicherter nicht länger in seinem Tarif >versicherungsfähig, wenn er aus Deutschland wegzieht.

(5) Wo ist der Umfang des Versicherungsschutzes geregelt?

Die Grundlagen Ihres Vertrages sind

- Ihr >Versicherungsschein,
- Ihr Tarif,
- diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung,
- die gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland und
- die schriftlichen Vereinbarungen, die wir mit Ihnen treffen.

§ 2 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Wann ist Ihr Vertrag geschlossen und wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Der Vertrag ist geschlossen, wenn Ihnen der >Versicherungsschein oder eine schriftliche Erklärung über die Annahme zugegangen ist.

Der Versicherungsschutz beginnt ab dem Zeitpunkt, der im Versicherungsschein steht (Versicherungsbeginn). Der Versicherungsschutz beginnt jedoch

- nicht, bevor Sie den Vertrag abgeschlossen haben und
- nicht, bevor die >Wartezeit abgelaufen ist.

Ist ein >Versicherungsfall eingetreten, bevor der Versicherungsschutz beginnt, leisten wir für die Zeit ab Beginn des Versicherungsschutzes, wenn

- der Versicherungsfall eingetreten ist, nachdem der Vertrag geschlossen wurde oder
- uns dieser Versicherungsfall vor Vertragsschluss angezeigt wurde und wir mit Ihnen nichts anderes vereinbart haben.

Wenn Sie den Versicherungsschutz erweitern, gilt dies für die Mehrleistung entsprechend.

(2) Wann beginnt der Versicherungsschutz bei Neugeborenen?

Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne ➤Risikozuschläge und ohne ➤Wartezeit ab Geburt. Dies gilt nur, wenn Sie das Kind spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend angemeldet haben und

- am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate bei uns versichert ist oder
- die werdende Mutter noch keine 20 Wochen schwanger war, als sie oder der werdende Vater den eigenen Versicherungsschutz beantragt hat.

In diesem Fall gilt:

- Beiträge für das Kind müssen Sie erst ab dem Monat zahlen, der auf die Geburt folgt.
- Der Versicherungsschutz des Kindes darf nicht höher oder umfassender sein als der eines versicherten Elternteils.
- Der Versicherungsschutz gilt auch für alle Krankheiten und Anomalien, die vor oder während der Geburt entstanden sind.

Der Geburt stellen wir die ➤Adoption gleich, wenn bei uns ein Versicherter ein Kind adoptiert, das noch minderjährig ist. Hier können wir einen Zuschlag für ein erhöhtes Risiko verlangen. Der Zuschlag ist maximal so hoch wie der Beitrag für das Kind.

(3) Was ist eine ➤Wartezeit?

Wartezeit ist die Zeit, in der der Versicherte noch keinen Versicherungsschutz aus der Versicherung hat. Sie rechnet vom Beginn der Versicherung an.

Eine Wartezeit gilt nur, wenn der Tarif dies vorsieht.

§ 3 Was leisten wir im ➤Versicherungsfall?

(1) Welche Leistung ist versichert?

Was wir leisten, lesen Sie in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen und in Ihrem Tarif.

(2) Unter welchen Ärzten und Behandelnden kann der Versicherte wählen?

Der Versicherte kann unter folgenden Personen frei wählen:

- niedergelassene, staatlich zugelassene Ärzte,
- niedergelassene, staatlich zugelassene Zahnärzte und
- Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes.

Ist im Tarif Psychotherapie versichert, kann der Versicherte auch staatlich zugelassene Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten wählen. Wir leisten in diesem Fall für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie sowie für Verhaltenstherapie.

Heilmittel (wie z.B. Massagen) sind zu erbringen von

- niedergelassenen, staatlich zugelassenen Ärzten oder
- Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes oder
- staatlich geprüften Angehörigen von Heil- und Hilfsberufen. Das sind z.B. Masseur, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden oder Podologen.

Zusätzlich kann sich der Versicherte ambulant behandeln lassen in

- der Ambulanz eines Krankenhauses oder
- einem medizinischen Versorgungszentrum oder
- einem sozialpädiatrischen Zentrum.

(3) Unter welchen Krankenhäusern kann der Versicherte wählen?

Wenn der Versicherte aus medizinisch notwendigen Gründen stationär behandelt werden muss, kann er das Krankenhaus frei wählen. Das Krankenhaus muss allerdings folgende Bedingungen erfüllen: Es muss

- ständig ärztlich geleitet sein,
- über ausreichende Möglichkeiten verfügen, um Krankheiten festzustellen und zu behandeln und

- den Verlauf der Krankheit schriftlich festhalten.

(4) Was müssen Sie bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln beachten?

Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen die in Abs. 2 genannten Ärzte, Zahnärzte oder Heilpraktiker verordnen.

Arzneimittel müssen aus der Apotheke bezogen werden.

Als Arzneimittel gelten auch

- Harn- und Blutteststreifen sowie
- bestimmte Nahrungsmittel,
 - die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu vermeiden (z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose) und
 - die hauptsächlich >enteral oder >parenteral verabreicht werden.

Wenn der Versicherte derartige Nahrungsmittel braucht, können wir helfen, diese zu beschaffen.

(5) Für welche Methoden leisten wir, wenn der Versicherte untersucht und behandelt werden muss?

Wir leisten für Methoden, die von der >Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Dies gilt auch für Arzneimittel.

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel,

- die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben. Wir können unsere Leistungen dann aber auf den Betrag herabsetzen, der angefallen wäre, wenn man vorhandene Methoden und Arzneimittel der Schulmedizin angewendet hätte.
- die man anwendet, weil keine Methoden oder Arzneimittel der Schulmedizin verfügbar sind.

(6) Wie können Sie vorab erfahren, was wir leisten?

Wir sagen Ihnen vorab, ob und welche Kosten wir übernehmen, wenn

- der Versicherte beabsichtigt, sich behandeln zu lassen und
- dies vermutlich mehr als 2.000 € kostet und
- Sie dies in >Textform von uns erfragen.

Bitte beachten Sie: Wir können unsere Auskunft nur erteilen, soweit dies die von Ihnen vorgelegten Unterlagen zulassen.

Die Auskunft geben wir Ihnen

- spätestens nach vier Wochen bzw.
- falls der Versicherte dringend behandelt werden muss, >unverzüglich, spätestens aber nach zwei Wochen.

Die Frist beginnt, sobald Ihre Anfrage bei uns eingeht. Haben wir diese Frist versäumt, müssen wir nachweisen, dass die Behandlung nicht medizinisch notwendig ist.

§ 4 Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?

(1) Wann leisten wir nicht?

In den folgenden Fällen leisten wir nicht:

- Für Krankheiten und >Unfälle, die der Versicherte >vorsätzlich herbeigeführt hat sowie deren Folgen.
- Für Entzugsbehandlungen.
- Für Rechnungen von Personen oder von Krankenanstalten, die wir aus wichtigen Gründen von der Erstattung ausgeschlossen haben. Dies gilt nur, wenn wir Sie vor dem >Versicherungsfall darüber informiert haben. Ansonsten leisten wir noch für drei Monate ab dem Zeitpunkt, an dem wir Sie benachrichtigt haben.
- Für Behandlungen durch Ehegatten, >Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden wir gemäß Ihrem Tarif erstatten.
- Für eine durch >Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) In welchen Fällen können wir die Leistung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

Übersteigt eine ➤Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

Stehen die Kosten für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, müssen wir insoweit nicht leisten.

Reist der Versicherte zur Behandlung ins Ausland, erstatten wir nur auf Basis der Kosten, die für eine vergleichbare Behandlung in Deutschland angefallen wären. Dies gilt nicht, wenn

- die Behandlung in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar ist oder
- wir die Leistung vor Reiseantritt in ➤Textform zugesagt haben oder
- der Versicherte im Rahmen eines Notfalls behandelt werden muss und das ausländische Krankenhaus das nächstgelegene geeignete ist.

Entbindet eine Versicherte im Ausland, erstatten wir nur auf Basis der Kosten, die angefallen wären, wenn die Versicherte in Deutschland entbunden hätte. Dies gilt nicht, wenn

- ein Elternteil Staatsangehöriger des Landes ist, in dem die Versicherte entbunden hat und
- dies nachgewiesen wird.

(3) Was geschieht, wenn mehrere Kostenträger beteiligt sind?

Wenn der Versicherte wegen desselben Versicherungsfalles Anspruch gegen mehrere Kostenträger hat, erhalten Sie als Leistung insgesamt nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

Im Tarif können wir regeln, dass der Versicherte die Leistung eines anderen Kostenträgers vorab in Anspruch nehmen muss.

§ 5 Wie erfolgt die Erstattung im ➤Versicherungsfall?

(1) Welche Nachweise und Angaben benötigen wir, damit wir leisten können?

Solange Sie die von uns geforderten Nachweise nicht erbringen, müssen wir nicht leisten. Wenn wir leisten, werden die Nachweise unser Eigentum.

Rechnungen brauchen wir im Original. Besteht eine weitere Versicherung, reichen auch Kopien der Rechnungen aus. Auf diesen müssen die Leistungen des anderen Versicherers bestätigt sein.

Die Rechnungen müssen folgende Informationen enthalten:

- den Vor- und Zunamen der behandelten Person,
- die Bezeichnung der Krankheiten (Diagnosen),
- die Daten der Behandlung sowie
- die Angabe der einzelnen Leistungen des Behandelnden oder die Ziffern der ➤Gebührenordnungen.

Bei Rechnungen von Krankenhäusern müssen wir zusätzlich erkennen können,

- welche Wahlleistungen der Versicherte in Anspruch genommen hat, die das Krankenhaus gesondert berechnen darf, bzw.
- welche Pflegeklasse er aufgesucht hat.

Rechnungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel erstatten wir nur, wenn Sie uns diese zusammen mit den Rechnungen der Behandelnden vorlegen.

Welche weiteren Voraussetzungen vorliegen müssen, damit wir Ihnen die Leistung ausbezahlen können, lesen Sie in § 14 VVG. Diesen finden Sie im Anhang.

Wenn die Kosten in einer fremden Währung entstanden sind, rechnen wir diese in Euro um. Wir nehmen hierbei den aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen. Als Kurs gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank bzw. der Devisenkurs der Deutschen Bundesbank. Weist der Versicherte mittels Bankbeleg

nach, dass er die Devisen teurer erworben hat, gilt dieser Kurs.

(2) An wen leisten wir?

Wir leisten an Sie als Versicherungsnehmer. Möchten Sie, dass wir an den Versicherten leisten, teilen Sie uns dies bitte in ➤Textform mit.

Sie können Ansprüche auf Leistungen weder abtreten noch verpfänden.

(3) Welche Kosten können wir von der Leistung abziehen?

Wir können folgende Kosten abziehen:

- Kosten für die Überweisung in das Ausland, wenn Sie uns kein Inlandskonto benennen;
- Kosten für Übersetzungen.

§ 6 Welche Pflichten müssen Sie beachten, wenn wir leisten sollen? Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?

(1) Welche Pflichten sind zu beachten?

Wir können Folgendes verlangen:

- Sie und der nach § 5 Abs. 2 empfangsberechtigte Versicherte müssen uns jede Auskunft erteilen, die wir brauchen, um feststellen zu können,
 - ob ein ➤Versicherungsfall vorliegt und
 - ob und in welchem Umfang wir leisten.
- Der Versicherte muss sich von einem Arzt untersuchen lassen, den wir beauftragen.
- Der Versicherte
 - hat, soweit es möglich ist, den Schaden zu mindern und
 - darf nichts tun, was die Genesung behindert.

Wird für einen Versicherten eine weitere Versicherung mit ➤gleichartigem Versicherungsschutz abgeschlossen, müssen Sie uns darüber ➤unverzüglich informieren.

(2) Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?

Wenn eine dieser Pflichten verletzt wird, sind wir ganz oder teilweise leistungsfrei. Hierbei beachten wir § 28 Abs. 2 bis 4 VVG. Diesen finden Sie im Anhang.

Für den Fall, dass eine weitere Versicherung mit ➤gleichartigem Versicherungsschutz abgeschlossen wurde und Sie uns nicht ➤unverzüglich informiert haben, können wir auch kündigen. Hierbei beachten wir § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang).

Kündigen können wir dann innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Pflichtverletzung erfahren haben, ohne eine Frist einzuhalten.

Die Kenntnis oder das Verschulden des Versicherten rechnen wir Ihnen zu.

(3) Was ist zu beachten, wenn Sie Ansprüche gegenüber Dritten haben?

Haben Sie oder ein Versicherter Ansprüche auf Ersatz gegen Dritte, müssen Sie oder der Versicherte diese Ansprüche schriftlich an uns abtreten. Das können z.B. sein:

- Schadensersatzansprüche gegenüber anderen Versicherern oder Privatpersonen oder
- Ansprüche auf Rückforderung zu Unrecht gezahlter Entgelte.

Die Abtretung ist begrenzt auf die Höhe unserer Leistung aus der Versicherung. Wird diese Obliegenheit verletzt, wenden wir die Rechtsfolgen des § 86 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) entsprechend an. Diese Regelung ist unabhängig von dem gesetzlichen Forderungsübergang gemäß § 86 VVG (siehe Anhang).

§ 7 Wie berechnen wir die Beiträge und wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?

(1) Wie berechnen wir die Beiträge?

Ihre Versicherung ist nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Das bedeutet, dass keine Rückstellungen für das Alter angespart werden.

Die Beiträge sind deshalb abhängig vom \triangleright Alter des Versicherten. Die Berechnung der Beiträge unterliegt gesetzlichen Vorgaben und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

Ändern sich die Beiträge, z.B. auch weil Sie den Versicherungsschutz ändern, berücksichtigen wir das Alter des Versicherten zu dem Zeitpunkt, an dem die Änderung in Kraft tritt.

Wenn sich die Beiträge ändern, können wir auch mit Ihnen vereinbarte \triangleright Risikozuschläge entsprechend ändern.

Wenn Sie den Versicherungsschutz erweitern und dann ein höheres Risiko besteht, steht uns ein angemessener Zuschlag zu. Diesen erheben wir zusätzlich zum Beitrag nur für den hinzu kommenden Versicherungsschutz.

Zahlen Sie Ihren Beitrag jährlich, gewähren wir Ihnen einen Nachlass von 3%.

(2) Wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, den Sie zu Beginn eines jeden \triangleright Versicherungsjahres bezahlen müssen. Sie können ihn aber auch in gleichen monatlichen Raten bezahlen. Wir stunden Ihnen in diesem Fall die Beitragsraten jeweils bis zu ihrer Fälligkeit am Ersten eines jeden Monats. Sie müssen auf das Konto einzahlen, das wir Ihnen nennen.

Ändert sich der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres,

- müssen Sie die Differenz von dem Zeitpunkt der Änderung bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzahlen bzw.
- wir zahlen Ihnen diese Differenz zurück, wenn wir den Beitrag senken.

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate wird an dem Tag fällig, an dem die Versicherung beginnt. Wurde der Vertrag danach geschlossen, ab diesem späteren Zeitpunkt.

Zahlen Sie den ersten oder einen folgenden Beitrag nicht rechtzeitig,

- können Sie den Versicherungsschutz verlieren und
- wir können den Vertrag beenden.

Hierbei beachten wir §§ 37 und 38 VVG. Diese finden Sie im Anhang.

Wird der Vertrag oder ein Vertragsteil vor Ablauf seiner Laufzeit beendet, steht uns der Beitrag nur für den Zeitraum zu, in dem Versicherungsschutz bestand. Beenden wir den Vertrag, indem wir

- nach § 19 Abs. 2 VVG wegen Verletzung der \triangleright Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten (lesen Sie bitte im Anhang) oder
- ihn wegen arglistiger Täuschung anfechten, steht uns der Beitrag zu, bis der Rücktritt oder die Anfechtung wirksam wird. Treten wir zurück, weil Sie den ersten Beitrag bzw. die Beitragsrate nicht rechtzeitig bezahlt haben, verlangen wir eine angemessene Gebühr.

§ 8 Wann können Sie gegen unsere Forderungen aufrechnen?

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, soweit Ihre Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Gegen eine Forderung aus der Pflicht, Beiträge zu bezahlen, können Sie als Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

§ 9 Wann können wir die Beiträge und die Bedingungen ändern?

(1) Wann können wir die Beiträge ändern?

Im Rahmen der vertraglichen Zusage können sich unsere Leistungen ändern, z.B. dadurch dass

- die Kosten für \triangleright Heilbehandlungen steigen oder

- Versicherte medizinische Leistungen häufiger in Anspruch nehmen oder
- die Lebenserwartung der Versicherten steigt.

Deshalb vergleichen wir zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen Leistungen mit den Leistungen, die wir gemäß unseren technischen Berechnungsgrundlagen kalkuliert haben. Dabei berücksichtigen wir auch die Sterbewahrscheinlichkeiten.

Weichen die erforderlichen Leistungen einer Beobachtungseinheit um mehr als 5% von den kalkulierten ab,

- überprüfen wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit und
- passen sie – soweit erforderlich – an, nachdem der unabhängige Treuhänder dies überprüft und zugestimmt hat.

Unter den oben genannten Voraussetzungen können wir zusätzlich auch einen betragsmäßig festgelegten Selbstbehalt und/oder einen Risikozuschlag entsprechend anpassen.

Die Anpassungen werden wirksam mit dem Beginn des zweiten Monats, nachdem wir Sie benachrichtigt haben.

(2) Wann können wir die Bedingungen ändern?

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können wir diese Bedingungen und die Tarifbestimmungen diesen neuen Verhältnissen anpassen. Dies setzt voraus, dass

- die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen,
- ein unabhängiger Treuhänder überprüft hat, dass die Voraussetzungen für die Änderungen vorliegen und
- dieser bestätigt hat, dass diese Änderungen angemessen sind.

Die Änderungen werden wirksam mit dem Beginn des zweiten Monats, nachdem wir Ihnen die Ände-

rungen sowie die maßgeblichen Gründe hierfür mitgeteilt haben.

Wir können darüber hinaus eine Bestimmung in diesen Bedingungen durch eine neue Regelung ersetzen, wenn die zu ersetzende Bestimmung durch

- höchstrichterliche Entscheidung oder
- bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt wurde. Dies setzt voraus, dass
- dies notwendig ist, um den Vertrag fortzuführen oder
- der Vertrag ohne diese neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Dabei werden auch die Interessen der jeweils anderen Partei mit berücksichtigt.

Die neue Regelung wird nur wirksam, wenn sie

- das Vertragsziel wahrt und
- die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

Zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die Regelung und die maßgeblichen Gründe hierfür mitgeteilt haben, wird die Regelung Bestandteil Ihres Vertrages.

§ 10 Wann und wie können Sie den Versicherungsschutz ändern?

Sie können einen Wechsel der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern

- der Versicherte in dem neuen Tarif versichert werden kann und
- der neue Tarif ebenfalls unabhängig vom Geschlecht kalkuliert ist.

Wir nehmen den Antrag auf Wechsel in angemessener Frist an. Hierbei rechnen wir die erworbenen Rechte an.

Ist der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender, können wir insoweit

- einen Risikozuschlag (siehe § 7 Abs. 1) verlangen oder
- einen Ausschluss der Leistungen vereinbaren.

Zusätzlich gilt für den neu hinzu gekommenen Schutz eine ➤Wartezeit, wenn der neue Tarif dies vorsieht.

§ 11 Wann endet der Vertrag und wann endet der Versicherungsschutz?

(1) Wann endet der Vertrag?

Der Vertrag endet, sofern

- Sie den Vertrag kündigen. Weitere Informationen dazu lesen Sie in § 12.
- wir den Vertrag kündigen. Lesen Sie bitte hierzu § 13.

Soweit ein Versicherter nicht weiter in seinem Tarif ➤versicherungsfähig ist, können Sie diesen Vertragsteil auf ➤Anwartschaft stellen. Dies müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach Ende des Tarifs beantragen.

Der Vertrag endet auch mit Ihrem Tod. In diesem Fall können die Versicherten den Vertrag fortsetzen. Dazu müssen diese innerhalb von zwei Monaten nach Ihrem Tod einen neuen Versicherungsnehmer benennen. Stirbt ein Versicherter endet nur dessen Vertragsteil.

Sie und Ihr Ehegatte können Ihre Vertragsteile selbstständig weiterführen,

- nachdem Sie geschieden sind oder
- wenn Sie getrennt leben.

Bei ➤Lebenspartnern handhaben wir dies entsprechend.

(2) Wann endet der Versicherungsschutz?

Soweit der Vertrag endet, endet auch der Versicherungsschutz. Dies gilt auch für laufende Versicherungsfälle.

§ 12 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen?

Sie können Ihren Vertrag zum Ende eines jeden ➤Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten ordentlich kündigen. Sie können Ihre Kündigung auch auf einzelne Versicherte oder Tarife beschränken.

Die Mindestvertragsdauer beträgt jedoch zwei Jahre, es sei denn, der Tarif sieht etwas anderes vor.

Darüber hinaus können Sie den Tarif desjenigen Versicherten kündigen, für den

- wir gemäß § 9 die Beiträge erhöhen oder unsere Leistungen vermindern. Dies müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach Zugang unserer Mitteilung zum Zeitpunkt der Änderung tun.
- sich der Beitrag erhöht, weil er eine höhere Altersgruppe erreicht hat. Dann können Sie innerhalb von zwei Monaten nach der Erhöhung rückwirkend zum Zeitpunkt der Erhöhung kündigen.

Beenden wir den Vertrag durch Kündigung, Rücktritt oder Anfechtung nur für einzelne Versicherte oder Tarife, können Sie die Aufhebung des übrigen Teils des Vertrages verlangen. Dies müssen Sie innerhalb von zwei Wochen tun, nachdem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist,

- zum Ende des Monats, in dem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist bzw.
- bei Kündigung zum Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

Kündigen Sie den Vertrag für einzelne Versicherte oder insgesamt, haben die Versicherten das Recht, die Versicherung fortzusetzen, wenn

- die Versicherten einen neuen Versicherungsnehmer bestimmen und
- uns dies innerhalb von zwei Monaten mitteilen, nachdem Sie gekündigt haben.

Ihre Kündigung ist nur wirksam, wenn Sie uns nachweisen, dass die betroffenen Versicherten hiervon Kenntnis erlangt haben.

§ 13 Wann können wir Ihren Vertrag kündigen?

Wir verzichten auf das Recht, Ihren Vertrag ordentlich zu kündigen.

Deshalb können wir nur nach den gesetzlichen Bestimmungen außerordentlich kündigen. Dabei

können wir uns auch auf einzelne Versicherte oder Tarife beschränken.

Kündigen wir den Vertrag insgesamt oder für einzelne Versicherte wegen Zahlungsverzugs, haben die Versicherten das Recht, die Versicherung fortzusetzen, wenn

- sie einen neuen Versicherungsnehmer bestimmen und
- uns dies innerhalb von zwei Monaten mitteilen, nachdem sie von der Kündigung und diesem Recht erfahren haben.

§ 14 Wie muss eine Mitteilung aussehen, die Sie an uns richten?

Willenserklärungen und Anzeigen uns gegenüber bedürfen der ➤Textform.

§ 15 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

(1) Wo können Sie eine Klage gegen uns einreichen?

Sie können eine Klage gegen uns bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen:

- in dem wir unseren Sitz haben,
- in dem Sie Ihren Wohnsitz haben oder
- in dem Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben, wenn Sie keinen Wohnsitz haben.

(2) Wo können wir eine Klage gegen Sie einreichen?

Wir können eine Klage gegen Sie bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen:

- in dem Sie Ihren Wohnsitz haben oder
- in dem Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben, wenn Sie keinen Wohnsitz haben.

(3) Wo können wir Klage einreichen, wenn Sie Ihren Wohnsitz verlegt haben oder uns dieser nicht bekannt ist?

Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen, ist für Klagen das Gericht an unserem Sitz zuständig. Das gilt auch, wenn uns der Ort nicht bekannt ist, an dem Sie sich gewöhnlich aufhalten.

(4) An wen können Sie sich zur außergerichtlichen Streitbeilegung wenden?

Die HALLESCHE Krankenversicherung a.G. nimmt am Schlichtungsverfahren der Verbraucherschlichtungsstelle „OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung“ teil, die Sie wie folgt erreichen können:

OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 060222

10052 Berlin

Telefon: 0800/255 04 44

(kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen)

Telefax: 030/20458931

E-Mail: ombudsmann@pkv-ombudsmann.de

Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Wenn Sie Ihren Vertrag online, beispielsweise über unsere Internetseite, abgeschlossen haben, steht Ihnen die von der Europäischen Kommission eingerichtete Plattform zur Online-Streitbeilegung zur Verfügung. Die Plattform ist unter folgendem Link zu erreichen: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

Fachbegriffe

Hier erläutern wir Ihnen die mit > gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

Adoption

Die Adoption muss stets in Deutschland anerkannt sein. Dann behandeln wir den Tag der Adoption wie den Tag der Geburt.

Alter

Das Alter berechnen wir, indem wir vom Kalenderjahr des Versicherungsbeginns oder einer Vertragsänderung Ihr Geburtsjahr abziehen, z.B. 2016 – 1980 = 36. Ihr Alter bestimmt die Höhe des Beitrags.

Anwartschaft

Während einer Anwartschaft ruhen unsere Leistungen und Sie bezahlen einen stark reduzierten Beitrag. Wir sichern Ihnen aber zu, dass wir nach der Anwartschaft wieder den gleichen Schutz gewähren wie zuvor. Dabei berücksichtigen wir nicht, ob sich der Gesundheitszustand des Versicherten verschlechtert hat. Sinnvoll ist eine Anwartschaft z.B. für die Dauer eines längeren Auslandsaufenthaltes.

Anzeigepflicht

Wir können Versicherungsschutz nur dann gewähren, wenn wir das Krankheitskostenrisiko der Versicherten vorher genau kennen. Deshalb müssen Sie und die Versicherten alle gefahrerheblichen Einzelheiten, die für die Risikobeurteilung wichtig sind, anzeigen. Als „gefahrerheblich“ gelten alle Daten, nach denen wir im Versicherungsantrag fragen. Dazu zählen Angaben über Gesundheitszustand, Beruf, Alter sowie über anderweitig beantragten oder bestehenden Schutz.

Die vorvertragliche Anzeigepflicht endet mit der Abgabe des Antrags an uns.

Sollten wir zwischen Antragstellung und Vertragsabschluss noch einmal bei Ihnen nachfragen, gilt aber wieder Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht.

Beobachtungseinheit

Beobachtungseinheiten sind Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

Enteral

Medikamente oder Nahrungsmittel werden über den Darm zugeführt, d.h. durch den Mund oder den Enddarm.

Gebührenordnung

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) regeln die Abrechnung privater Leistungen des Arztes und des Zahnarztes, d.h. aller medizinischen und zahnmedizinischen Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In ihnen sind die Gebühren für ärztliche und zahnärztliche Leistungen verzeichnet.

Gleichartig

Gleichartig sind Tarife, die gleiche Leistungsbereiche umfassen. Leistungsbereiche sind z.B. Kostenerstattung für

- ambulante Heilbehandlung,
- stationäre Heilbehandlung oder
- Zahnbehandlung und Zahnersatz.

Dies gilt jeweils nur für Tarife innerhalb der Vollversicherung bzw. für Tarife innerhalb der Zusatzversicherung.

Heilbehandlung

Eine Heilbehandlung versucht mit geeigneten Mitteln die Krankheit oder Verletzung zu heilen, zu lindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Lebenspartner

Lebenspartner sind zwei Personen gleichen Geschlechts, die miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) eingegangen sind.

Parenteral

Medikamente oder Nahrungsmittel werden unter Umgehung des Magen-Darm-Kanals zugeführt, z.B. intravenös oder intramuskulär.

Pflegebedürftigkeit

Bezeichnet einen Zustand, in dem eine kranke oder behinderte Person ihren Alltag dauerhaft (mind. sechs Monate lang) nicht selbstständig bewältigen kann und deshalb auf Pflege oder Hilfe durch andere angewiesen ist.

Risikozuschlag

Hat ein Versicherter bestimmte Vorerkrankungen und liegt deshalb ein höheres Risiko vor, können wir zusätzlich einen Risikozuschlag verlangen.

Schulmedizin

Der Begriff Schulmedizin bezeichnet die allgemein anerkannte Heilkunde. Diese wird an Universitäten und medizinischen Hochschulen nach wissenschaftlichen Grundsätzen gelehrt und entwickelt.

Textform

Textform bedeutet: Schriftlich, es ist aber keine eigenhändige Unterschrift notwendig, z.B. reicht ein Fax oder eine E-Mail.

Treuhänder

Sind Personen, die aufsichtsrechtliche Befugnisse im Interesse der Versicherten wahrnehmen.

Unfall

Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem der Versicherte unfreiwillig einen Schaden erleidet. Die häufigsten Unfälle sind z.B. Stürze, Verkehrs- und Sportunfälle.

Unverzüglich

Bedeutet nicht unbedingt „sofort“, sondern „ohne schuldhaftes Zögern“, d.h. „so schnell wie möglich“.

Versicherungsfähig

Jeder Tarif hat bestimmte Voraussetzungen, die der Versicherte erfüllen muss, um sich dort versichern zu können. Diese finden Sie im Tarif unter „Wer kann sich versichern?“. Es kann z.B. sein, dass er in der GKV versichert sein muss. Liegen diese Voraussetzungen nicht mehr vor, dann endet seine Versicherung in diesem Tarif sofort.

Versicherungsfall

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige >Heilbehandlung des Versicherten wegen Krankheit oder den Folgen eines >Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn der Versicherte nach medizinischem Befund nicht mehr behandelt werden muss.

Je nach Tarif kann es andere Fälle geben, in denen Schutz besteht.

Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr beginnt ab dem Zeitpunkt, der im Versicherungsschein steht (Versicherungsbeginn) und endet nach einem Jahr. Beginnt die Versicherung z.B. am 1.4.2016, so beginnt das Versicherungsjahr am 1.4.2016 und endet am 31.3.2017.

Versicherungsschein

Der Versicherungsschein ist eine Urkunde über einen zustande gekommenen Versicherungsvertrag. Er verkörpert den Vertrag zwischen Ihnen und uns.

Vorsätzlich

Sie handeln vorsätzlich, wenn Sie

- ein bestimmtes Ergebnis wollen oder
- den Eintritt eines Ergebnisses für sicher halten oder
- den Eintritt eines Ergebnisses für möglich halten und ihn bewusst in Kauf nehmen.

Wartezeit

Wartezeit ist die Zeit, in der der Versicherte noch keinen Schutz aus der Versicherung hat. Sie rechnet vom Beginn der Versicherung an.

Anhang

Versicherungsvertragsgesetz [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 Auskunft- 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.

Lebenspartnerschaftsgesetz [LPartG]

§ 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 mit einer dritten Person 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 kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Wesentliche Merkmale des Tarifs dentPRO.80

Leistungen beim Zahnarzt

- 100% Erstattung der Kosten für Zahn-Prophylaxe zweimal pro Kalenderjahr, jeweils bis 80 €
-

Tarif dentPRO.80

Versicherung für Zahn-Prophylaxe

Fassung Juli 2016

Der Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung (AVB/ZV 2016).

I.	Wer kann sich versichern?	2
II.	Was erstatten wir unter welchen Voraussetzungen?	2
	(1) Was erstatten wir?	2
	(2) Was erstatten wir für Zahn-Prophylaxe?	2
	(3) Welche Unterlagen brauchen wir stets, damit wir leisten können?.....	2
III.	Welche ▶Wartezeiten sind vereinbart?	2
IV.	Welchen Beitrag müssen Sie bezahlen?	2
	Fachbegriffe	3

I. Wer kann sich versichern?

In diesem Tarif können sich Personen versichern, die

- mindestens 18 Jahre alt sind,
- in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und
- in einem unserer Zusatztarife für Zahnersatz und/oder Zahnbehandlung versichert sind.

Wenn eine dieser Voraussetzungen nicht mehr erfüllt ist, endet diese Versicherung.

II. Was erstatten wir unter welchen Voraussetzungen?

(1) Was erstatten wir?

Versicherungsfall in diesem Tarif ist ausschließlich die Behandlung für Zahn-Prophylaxe.

Unserer Erstattung legen wir stets nur folgende Kosten zu Grunde: Das Honorar des Zahnarztes, das im Rahmen der >Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bis zum 3,5fachen Satz berechnet ist.

(2) Was erstatten wir für Zahn-Prophylaxe?

Wir erstatten 100% der Kosten für Zahn-Prophylaxe zweimal pro Kalenderjahr. Höchstens erhalten Sie von uns 80 €pro Zahn-Prophylaxe.

Dabei erstatten wir folgende Behandlungen, die nach GOZ berechnet sind:

- das Entfernen der harten und weichen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen,
- die Reinigung der Zahnzwischenräume,
- das Entfernen des Biofilms,
- die Oberflächenpolitur,
- die Anwendung geeigneter Fluoridierungsmaßnahmen,
- das Erstellen eines Mundhygienestatus,
- die Unterweisung gegen Karies und parodontale Erkrankungen,
- die Kontrolle des Übungserfolges,
- die Versiegelung von Fissuren und
- die Behandlung von überempfindlichen Zähnen.

(3) Welche Unterlagen brauchen wir stets, damit wir leisten können?

Um leisten zu können, brauchen wir die Rechnung des Zahnarztes. Leisten die GKV und/oder andere Kostenträger vor, müssen Sie uns auch die Höhe dieser Vorleistung nachweisen.

III. Welche >Wartezeiten sind vereinbart?

In diesem Tarif gelten keine Wartezeiten.

IV. Welchen Beitrag müssen Sie bezahlen?

Der Beitrag ist abhängig vom >Alter des Versicherten.

Ab Januar des Jahres, in dem der Versicherte

- 33 Jahre,
- 44 Jahre,
- 52 Jahre,
- 59 Jahre bzw.
- 66 Jahre

alt wird, gilt jeweils der Beitrag für die nächst höhere Altersgruppe.

Fachbegriffe

Hier erläutern wir Ihnen die mit > gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

Alter

Das Alter berechnen wir, indem wir vom Kalenderjahr des Versicherungsbeginns oder einer Vertragsänderung Ihr Geburtsjahr abziehen, z.B. 2016 – 1980 = 36. Ihr Alter bestimmt die Höhe des Beitrags.

Gebührenordnung

Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) regelt die Abrechnung privater Leistungen des Zahnarztes, d.h. aller zahnmedizinischen Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In ihr sind die Gebühren für zahnärztliche Leistungen verzeichnet.

Wartezeit

Wartezeit ist die Zeit, in der der Versicherte noch keinen Schutz aus der Versicherung hat. Sie rechnet vom Beginn der Versicherung an.

Wesentliche Merkmale des Tarifs dentZB.100

Leistungen beim Zahnarzt

Wir erstatten 100% der Kosten für:

- Füllungen
- Wurzelbehandlungen
- Parodontalbehandlungen
- Narkose und Akupunktur bis insgesamt 250 € pro Kalenderjahr
- Kieferorthopädie bei Kindern bis 1.000 €
- Kieferorthopädie bei Erwachsenen nach ➤ Unfall

Es gelten Höchstbeträge für die Leistung in den ersten 5 Kalenderjahren.

Tarif dentZB.100

Versicherung für Zahnbehandlung und Kieferorthopädie

Fassung Juli 2016

Der Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung (AVB/ZV 2016).

I. Wer kann sich versichern?	2
II. Was erstatten wir unter welchen Voraussetzungen?	2
(1) Was erstatten wir?	2
(2) Wie berücksichtigen wir die Leistungen der GKV und/oder anderer Kostenträger?	2
(3) Was erstatten wir für Füllungen?	2
(4) Was erstatten wir für Wurzelbehandlungen?	2
(5) Was erstatten wir für Parodontalbehandlungen?	2
(6) Was erstatten wir für Narkose und Akupunktur?	2
(7) Was erstatten wir für Kieferorthopädie bei Kindern?	3
(8) Was erstatten wir für Kieferorthopädie bei Erwachsenen?	3
(9) Welche Beträge erhalten Sie höchstens für alle versicherten Leistungen?	3
(10) Wann empfehlen wir einen ➤ Heil- und Kostenplan vorzulegen?	3
(11) Welche Unterlagen brauchen wir stets, damit wir leisten können?	3
III. Welche ➤ Wartezeiten sind vereinbart?	3
IV. Welchen Beitrag müssen Sie bezahlen?	4
V. Wann können wir die Leistungen und Beiträge ändern?	4
Fachbegriffe	5

I. Wer kann sich versichern?

In diesem Tarif können sich Personen versichern, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Endet die Versicherung dort, dann endet auch diese Versicherung.

II. Was erstatten wir unter welchen Voraussetzungen?

(1) Was erstatten wir?

Zusätzlich zu § 1(3) der AVB/ZV 2016 ist in diesem Tarif auch die Behandlung für Kieferorthopädie ab ➤KIG 1 bei Kindern ein ➤Versicherungsfall.

Muss sich der Versicherte **ambulant** bei einem niedergelassenen Zahnarzt behandeln lassen und ist dies medizinisch notwendig, legen wir unserer Erstattung stets nur folgende Kosten zu Grunde:

- Das Honorar des Zahnarztes, das im Rahmen der ➤Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) bis zum 3,5fachen Satz und Ärzte (GOÄ) bis zu den dortigen Höchstsätzen berechnet ist.
- Die Kosten für zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) in angemessener Höhe.

(2) Wie berücksichtigen wir die Leistungen der GKV und/oder anderer Kostenträger?

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und/oder anderer Kostenträger muss der Versicherte vorab in vollem Umfang in Anspruch nehmen und uns nachweisen.

Von der tariflichen Erstattung ziehen wir die Vorleistung der GKV und/oder anderer Kostenträger ab.

Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt vereinbart, gilt dieser ebenfalls als Vorleistung.

(3) Was erstatten wir für Füllungen?

Wir erstatten 100% der Kosten für Kunststoff- bzw. Komposit-Füllungen auch mittels Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik.

Bei Milchzähnen erstatten wir 100% der Kosten für Füllungen mit plastischem Füllmaterial. Die

Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik und die Mehrschicht-Technik erstatten wir hier nicht.

Inlays und Onlays gelten nicht als Füllungen.

(4) Was erstatten wir für Wurzelbehandlungen?

Wir erstatten 100% der Kosten für

- Anlegen von Spanngummi (Kofferdam),
- elektronische Längenmessung, je Kanal,
- zusätzliche Anwendung elektrophysikalischer/chemischer Methoden, je Kanal.

Eine rein privatärztliche Rechnung nach den ➤Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte (GOZ/GOÄ) erstatten wir zu 100%, wenn

- die GKV nach den geltenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht leisten muss und
- Sie uns dies z.B. durch entsprechende Röntgenbilder nachweisen.

(5) Was erstatten wir für Parodontalbehandlungen?

Wir erstatten 100% der Kosten für

- mikrobiologische Diagnostik,
- lokale antibiotische/antibakterielle Therapie,
- parodontale Regeneration mittels Schmelzmatrixprotein (Emdogain),
- Maßnahmen zur gesteuerten Geweberegeneration (GTR),
- Auffüllen von Knochendefekten mit autologem oder alloplastischem Material,
- Bindegewebs- und Schleimhauttransplantationen.

Hat die GKV nicht vorgeleistet, leisten wir auch nicht.

(6) Was erstatten wir für Narkose und Akupunktur?

Wir erstatten die Kosten für

- Analgosedierung und
- Lachgassedierung.

Zusätzlich erstatten wir die Kosten für Akupunktur, auch wenn diese medizinisch nicht notwendig ist.

Voraussetzung dafür ist, dass die oben genannten Behandlungen in direktem Zusammenhang mit einer Leistung aus diesem Tarif stehen.

Wir erstatten 100% der Kosten. Höchstens erhalten Sie von uns insgesamt 250 € pro Kalenderjahr.

(7) Was erstatten wir für Kieferorthopädie bei Kindern?

Beginnt der Versicherte die Behandlung vor dem 18. Geburtstag, erstatten wir bei den >kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1-5 100% der Kosten für Kieferorthopädie, auch wenn die Behandlung medizinisch nicht notwendig ist.

Höchstens erhalten Sie insgesamt 1.000 € während der gesamten Laufzeit des Vertrages. Die Begrenzung entfällt, wenn

- der Versicherte einen >Unfall erleidet und
- deshalb behandelt werden muss.

Eigenanteile, die die GKV bei der Behandlung vorsieht, erstatten wir nicht.

(8) Was erstatten wir für Kieferorthopädie bei Erwachsenen?

Beginnt der Versicherte die Behandlung nach dem 18. Geburtstag, erstatten wir 100% der Kosten für Kieferorthopädie, wenn

- der Versicherte einen >Unfall erleidet und
- deshalb behandelt werden muss.

(9) Welche Beträge erhalten Sie höchstens für alle versicherten Leistungen?

Sie erhalten von uns höchstens folgende Leistungsbeträge:

insgesamt

- 500 € im 1. Kalenderjahr,
- 1.000 € im 1. bis 2. Kalenderjahr,
- 1.500 € im 1. bis 3. Kalenderjahr,
- 2.000 € im 1. bis 4. Kalenderjahr,
- 2.500 € im 1. bis 5. Kalenderjahr,
- unbegrenzt ab dem 6. Kalenderjahr.

Die genannten Höchstbeträge beziehen sich jeweils auf den Zeitpunkt der Behandlung.

Muss sich der Versicherte aufgrund eines >Unfalls behandeln lassen, gelten diese Höchstbeträge nicht. Dies setzt voraus,

- dass sich der Unfall nach Abschluss des Vertrages ereignet hat und
- Sie uns dies nachweisen.

Wechselt der Versicherte aus einem unserer anderen Tarife mit Leistungen für Zahnbehandlung und Kieferorthopädie in diesen Tarif, gilt für die Höchstbeträge:

- Wir berücksichtigen die Dauer des bisherigen Tarifs und
- rechnen daraus erstattete Leistungen an.

(10) Wann empfehlen wir einen >Heil- und Kostenplan vorzulegen?

Legen Sie uns bitte den (von der GKV genehmigten) Heil- und Kostenplan vor, bevor der Zahnarzt eine parodontale bzw. kieferorthopädische Behandlung vornimmt.

(11) Welche Unterlagen brauchen wir stets, damit wir leisten können?

Um leisten zu können, brauchen wir immer folgende Unterlagen:

- Die Rechnungen des Zahnarztes und des Labors;
- Ein Nachweis, aus dem hervorgeht,
 - ob und wenn ja, welche Vorleistungen die GKV und/oder ein anderer Kostenträger erbracht hat und
 - welche Leistungen die GKV auf einen vereinbarten Selbstbehalt angerechnet hat und
 - bei Kieferorthopädie, in welche >KIG-Stufe der Versicherte eingestuft wurde.

III. Welche >Wartezeiten sind vereinbart?

In diesem Tarif gelten keine Wartezeiten.

IV. Welchen Beitrag müssen Sie bezahlen?

Der Beitrag ist abhängig vom ➤ Alter des Versicherten.

Ab Januar des Jahres, in dem der Versicherte

- 18 Jahre,
- 33 Jahre,
- 44 Jahre,
- 52 Jahre,
- 59 Jahre bzw.
- 66 Jahre

alt wird, gilt jeweils der Beitrag für die nächst höhere Altersgruppe.

V. Wann können wir die Leistungen und Beiträge ändern?

Wenn sich die Verhältnisse im Gesundheitswesen dauerhaft ändern, können wir die Leistungen und Beiträge dieses Tarifs überprüfen und anpassen. Wann das möglich ist lesen Sie in § 9 der AVB/ZV 2016.

Wenn die GKV ihre Leistung für Zahnbehandlung und/oder Kieferorthopädie ändert, gilt dies ebenfalls. Dann überprüfen wir, wie sich die Änderung auf die Leistungen und Beiträge dieses Tarifs auswirkt und passen diese eventuell an. Dabei muss ein unabhängiger Treuhänder zustimmen.

Auch die Beträge, die Sie von uns im Leistungsfall höchstens erhalten, können wir ändern, wenn

- wir die Beiträge anpassen und
- der Treuhänder zustimmt.

Fachbegriffe

Hier erläutern wir Ihnen die mit > gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

Alter

Das Alter berechnen wir, indem wir vom Kalenderjahr des Versicherungsbeginns oder einer Vertragsänderung Ihr Geburtsjahr abziehen, z.B. 2016 – 1980 = 36. Ihr Alter bestimmt die Höhe des Beitrags.

Gebührenordnung

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) regeln die Abrechnung privater Leistungen des Arztes und des Zahnarztes, d.h. aller medizinischen und zahnmedizinischen Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In ihnen sind die Gebühren für ärztliche und zahnärztliche Leistungen verzeichnet.

Heilbehandlung

Eine Heilbehandlung versucht mit geeigneten Mitteln die Krankheit oder Verletzung zu heilen, zu lindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Heil- und Kostenplan

Ein Plan, in dem die Leistungen und Kosten einer bevorstehenden Behandlung durch den Zahnarzt dargestellt sind. Er klärt, inwieweit Kosten vom Patienten, der Krankenkasse oder anderen Kostenträgern zu tragen sind.

KIG – kieferorthopädische Indikationsgruppen

Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt in der GKV eine Einstufung der Zahn- und Kieferfehlstellung je nach Schwere in sogenannte kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG 1-5). Ein Anspruch auf Leistung gegenüber der GKV besteht in KIG 3-5.

Unfall

Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem der Versicherte unfreiwillig einen Schaden erleidet. Die häufigsten Unfälle sind z.B. Stürze, Verkehrs- und Sportunfälle.

Versicherungsfall

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige >Heilbehandlung des Versicherten wegen Krankheit oder den Folgen eines >Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn der Versicherte nach medizinischem Befund nicht mehr behandelt werden muss.

Wartezeit

Wartezeit ist die Zeit, in der der Versicherte noch keinen Schutz aus der Versicherung hat. Sie rechnet vom Beginn der Versicherung an.

Wesentliche Merkmale des Tarifs dentZE.100

Leistungen beim Zahnarzt

Wir erstatten 90-100% der Kosten für:

- Zahnersatz
- Inlays
- Narkose und Akupunktur bis insgesamt 250 € pro Kalenderjahr

Es gelten Höchstbeträge für die Leistung in den ersten 5 Kalenderjahren.

Tarif dentZE.100

Versicherung für Zahnersatz

Fassung Juli 2016

Der Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung (AVB/ZV 2016).

I. Wer kann sich versichern?	2
II. Was erstatten wir unter welchen Voraussetzungen?	2
(1) Was erstatten wir?	2
(2) Wie berücksichtigen wir die Leistungen der GKV und/oder anderer Kostenträger?	2
(3) Was erstatten wir für Zahnersatz und Inlays?	2
(4) Was erstatten wir für Narkose und Akupunktur?	3
(5) Welche Beträge erhalten Sie höchstens für alle versicherten Leistungen?	3
(6) Wann empfehlen wir einen >Heil- und Kostenplan vorzulegen?	3
(7) Welche Unterlagen brauchen wir stets, damit wir leisten können?	3
III. Welche >Wartezeiten sind vereinbart?	3
IV. Welchen Beitrag müssen Sie bezahlen?	4
V. Wann können wir die Leistungen und Beiträge ändern?	4
Fachbegriffe	5

I. Wer kann sich versichern?

In diesem Tarif können sich Personen versichern, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Endet die Versicherung dort, dann endet auch diese Versicherung.

II. Was erstatten wir unter welchen Voraussetzungen?

(1) Was erstatten wir?

Muss sich der Versicherte **ambulant** bei einem niedergelassenen Zahnarzt behandeln lassen und ist dies medizinisch notwendig, legen wir unserer Erstattung stets nur folgende Kosten zu Grunde:

- Das Honorar des Zahnarztes, das
 - im Rahmen der ➤Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) bis zum 3,5fachen Satz und Ärzte (GOÄ) bis zu den dortigen Höchstsätzen bzw.
 - nach ➤BEMA berechnet ist.
- Die Kosten für zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) in angemessener Höhe.

(2) Wie berücksichtigen wir die Leistungen der GKV und/oder anderer Kostenträger?

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und/oder anderer Kostenträger muss der Versicherte vorab in vollem Umfang in Anspruch nehmen und uns nachweisen.

- Hat die GKV für Zahnersatz oder Inlays (siehe II. (3)) keine Leistung erbracht oder
 - besteht für diese Leistungen kein Anspruch auf eine Vorleistung der GKV,
- setzen wir 50% der Kosten als Vorleistung der GKV an.

Von der tariflichen Erstattung ziehen wir die Vorleistung der GKV und/oder anderer Kostenträger ab.

Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt vereinbart, gilt dieser ebenfalls als Vorleistung.

(3) Was erstatten wir für Zahnersatz und Inlays?

(3.1) Welche Kosten erstatten wir?

Wir erstatten die Kosten für Inlays aus Metall, Keramik oder Kunststoff und für Zahnersatz sowie dazugehörige Begleitleistungen.

Als Zahnersatz gelten:

- Prothesen,
- Kronen,
- Brücken,
- Implantate und die in diesem Zusammenhang notwendigen vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen zum Aufbau des Kieferknochens,
- Verblendungen (außer Weisheitszähne), auch wenn diese medizinisch nicht notwendig sind,
- Aufbissbehelfe und Schienen,
- funktionsanalytische und -therapeutische Maßnahmen, die in Zusammenhang mit Zahnersatz und Schienentherapie anfallen sowie
- Reparatur von Zahnersatz.

(3.2) In welcher Höhe erstatten wir diese Kosten?

- Die gesamte Behandlung ist im Rahmen der ➤Regelversorgung abgerechnet. Das heißt, die Rechnung enthält keine privaten Vergütungsanteile des Zahnarztes nach den ➤Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte (GOZ/GOÄ). Dann erstatten wir
 - 100% der Kosten.
- Die Behandlung ist nicht oder nur teilweise im Rahmen der Regelversorgung abgerechnet. Das heißt, die Rechnung enthält private Vergütungsanteile des Zahnarztes nach GOZ/GOÄ. Dann erstatten wir
 - 90% der Kosten, oder
 - 100% der Kosten, wenn ein Zahnarzt den Versicherten in den letzten fünf Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung jährlich untersucht hat. Dies müssen Sie uns z.B. durch ein ➤Bonusheft nachweisen.

Sie erhalten von uns aber mindestens den Betrag, den wir im Fall der Regelversorgung bezahlen würden.

(4) Was erstatten wir für Narkose und Akupunktur?

Wir erstatten die Kosten für

- Analgosedierung und
- Lachgassedierung.

Zusätzlich erstatten wir die Kosten für Akupunktur, auch wenn diese medizinisch nicht notwendig ist.

Voraussetzung dafür ist, dass die oben genannten Behandlungen in direktem Zusammenhang mit einer Leistung aus diesem Tarif stehen.

Wir erstatten

- 90% der Kosten, oder
- 100% der Kosten, wenn ein Zahnarzt den Versicherten in den letzten fünf Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung jährlich untersucht hat. Dies müssen Sie uns z.B. durch ein ➤ Bonusheft nachweisen.

Höchstens erhalten Sie von uns insgesamt 250 € pro Kalenderjahr.

(5) Welche Beträge erhalten Sie höchstens für alle versicherten Leistungen?

Sie erhalten von uns höchstens folgende Leistungsbeträge:

insgesamt

- 1.000 € im 1. Kalenderjahr,
- 2.000 € im 1. bis 2. Kalenderjahr,
- 3.000 € im 1. bis 3. Kalenderjahr,
- 4.000 € im 1. bis 4. Kalenderjahr,
- 5.000 € im 1. bis 5. Kalenderjahr,
- unbegrenzt ab dem 6. Kalenderjahr.

Diese Höchstbeträge reduzieren sich um 75%, wenn der Versicherte bei Vertragsschluss

- mindestens einen fehlenden Zahn hat oder
- dieser durch herausnehmbaren Zahnersatz ersetzt ist.

Die genannten Höchstbeträge beziehen sich jeweils auf den Zeitpunkt der Behandlung.

Muss sich der Versicherte aufgrund eines ➤ Unfalls behandeln lassen, gelten diese Höchstbeträge nicht. Dies setzt voraus,

- dass sich der Unfall nach Abschluss des Vertrages ereignet hat und
- Sie uns dies nachweisen.

Wechselt der Versicherte aus einem unserer anderen Tarife mit Leistungen für Zahnersatz in diesen Tarif, gilt für die Höchstbeträge:

- Wir berücksichtigen die Dauer des bisherigen Tarifs und
- rechnen daraus erstattete Leistungen an.

(6) Wann empfehlen wir einen ➤ Heil- und Kostenplan vorzulegen?

Legen Sie uns bitte den (von der GKV genehmigten) Heil- und Kostenplan vor, bevor der Zahnarzt den Versicherten behandelt.

(7) Welche Unterlagen brauchen wir stets, damit wir leisten können?

Um leisten zu können, brauchen wir immer folgende Unterlagen:

- Die Rechnungen des Zahnarztes und des Labors;
- Ein Nachweis, aus dem hervorgeht,
 - ob und wenn ja, welche Vorleistungen die GKV und/oder ein anderer Kostenträger erbracht hat und
 - welche Leistungen die GKV auf einen vereinbarten Selbstbehalt angerechnet hat.

Lässt ein Versicherter einen fehlenden Zahn ersetzen, müssen Sie uns nachweisen, wann er diesen Zahn verloren hat.

III. Welche ➤ Wartezeiten sind vereinbart?

In diesem Tarif gelten keine Wartezeiten.

IV. Welchen Beitrag müssen Sie bezahlen?

Der Beitrag ist abhängig vom ➤ Alter des Versicherten.

Ab Januar des Jahres, in dem der Versicherte

- 18 Jahre,
- 33 Jahre,
- 44 Jahre,
- 52 Jahre,
- 59 Jahre bzw.
- 66 Jahre

alt wird, gilt jeweils der Beitrag für die nächst höhere Altersgruppe.

V. Wann können wir die Leistungen und Beiträge ändern?

Wenn sich die Verhältnisse im Gesundheitswesen dauerhaft ändern, können wir die Leistungen und Beiträge dieses Tarifs überprüfen und anpassen. Wann das möglich ist lesen Sie in § 9 der AVB/ZV 2016.

Wenn die GKV ihre Leistung für Zahnersatz ändert, gilt dies ebenfalls. Dann überprüfen wir, wie sich die Änderung auf die Leistungen und Beiträge dieses Tarifs auswirkt und passen diese eventuell an. Dabei muss ein unabhängiger Treuhänder zustimmen.

Auch die Beträge, die Sie von uns im Leistungsfall höchstens erhalten, können wir ändern, wenn

- wir die Beiträge anpassen und
- der Treuhänder zustimmt.

Fachbegriffe

Hier erläutern wir Ihnen die mit > gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

Alter

Das Alter berechnen wir, indem wir vom Kalenderjahr des Versicherungsbeginns oder einer Vertragsänderung Ihr Geburtsjahr abziehen, z.B. 2016 – 1980 = 36. Ihr Alter bestimmt die Höhe des Beitrags.

BEMA - Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen

Der BEMA bildet die Grundlage für die Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen innerhalb der GKV in Deutschland.

Bonusheft

Im Bonusheft hält der Zahnarzt die Termine der Untersuchung bzw. Prophylaxe fest. Es dient als Nachweis, dass der Versicherte regelmäßig zur Kontrolle beim Zahnarzt ist.

Gebührenordnung

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) regeln die Abrechnung privater Leistungen des Arztes und des Zahnarztes, d.h. aller medizinischen und zahnmedizinischen Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In ihnen sind die Gebühren für ärztliche und zahnärztliche Leistungen verzeichnet.

Heil- und Kostenplan

Ein Plan, in dem die Leistungen und Kosten einer bevorstehenden Behandlung durch den Zahnarzt dargestellt sind. Er klärt, inwieweit Kosten vom Patienten, der Krankenkasse oder anderen Kostenträgern zu tragen sind.

Regelversorgung

Der als zweckmäßig, ausreichend, wirtschaftlich und notwendig angesehene Zahnersatz für den jeweiligen Gebisszustand wird als Regelversorgung bezeichnet.

Unfall

Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem der Versicherte unfreiwillig einen Schaden erleidet. Die häufigsten Unfälle sind z.B. Stürze, Verkehrs- und Sportunfälle.

Wartezeit

Wartezeit ist die Zeit, in der der Versicherte noch keinen Schutz aus der Versicherung hat. Sie rechnet vom Beginn der Versicherung an.

Wesentliche Merkmale des Tarifs dentZE.90

Leistungen beim Zahnarzt

Wir erstatten 80-90% der Kosten für:

- Zahnersatz
- Inlays
- Narkose und Akupunktur bis insgesamt 250 € pro Kalenderjahr

Es gelten Höchstbeträge für die Leistung in den ersten 5 Kalenderjahren.

Tarif dentZE.90

Versicherung für Zahnersatz

Fassung Juli 2016

Der Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung (AVB/ZV 2016).

I.	Wer kann sich versichern?	2
II.	Was erstatten wir unter welchen Voraussetzungen?	2
	(1) Was erstatten wir?	2
	(2) Wie berücksichtigen wir die Leistungen der GKV und/oder anderer Kostenträger?	2
	(3) Was erstatten wir für Zahnersatz und Inlays?	2
	(4) Was erstatten wir für Narkose und Akupunktur?	3
	(5) Welche Beträge erhalten Sie höchstens für alle versicherten Leistungen?	3
	(6) Wann empfehlen wir einen >Heil- und Kostenplan vorzulegen?	3
	(7) Welche Unterlagen brauchen wir stets, damit wir leisten können?	3
III.	Welche >Wartezeiten sind vereinbart?	3
IV.	Welchen Beitrag müssen Sie bezahlen?	4
V.	Wann können wir die Leistungen und Beiträge ändern?	4
	Fachbegriffe	5

I. Wer kann sich versichern?

In diesem Tarif können sich Personen versichern, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Endet die Versicherung dort, dann endet auch diese Versicherung.

II. Was erstatten wir unter welchen Voraussetzungen?

(1) Was erstatten wir?

Muss sich der Versicherte **ambulant** bei einem niedergelassenen Zahnarzt behandeln lassen und ist dies medizinisch notwendig, legen wir unserer Erstattung stets nur folgende Kosten zu Grunde:

- Das Honorar des Zahnarztes, das
 - im Rahmen der >Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) bis zum 3,5fachen Satz und Ärzte (GOÄ) bis zu den dortigen Höchstsätzen bzw.
 - nach >BEMA berechnet ist.
- Die Kosten für zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) in angemessener Höhe.

(2) Wie berücksichtigen wir die Leistungen der GKV und/oder anderer Kostenträger?

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und/oder anderer Kostenträger muss der Versicherte vorab in vollem Umfang in Anspruch nehmen und uns nachweisen.

- Hat die GKV für Zahnersatz oder Inlays (siehe II. (3)) keine Leistung erbracht oder
 - besteht für diese Leistungen kein Anspruch auf eine Vorleistung der GKV,
- setzen wir 50% der Kosten als Vorleistung der GKV an.

Von der tariflichen Erstattung ziehen wir die Vorleistung der GKV und/oder anderer Kostenträger ab.

Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt vereinbart, gilt dieser ebenfalls als Vorleistung.

(3) Was erstatten wir für Zahnersatz und Inlays?

(3.1) Welche Kosten erstatten wir?

Wir erstatten die Kosten für Inlays aus Metall, Keramik oder Kunststoff und für Zahnersatz sowie dazugehörige Begleitleistungen.

Als Zahnersatz gelten:

- Prothesen,
- Kronen,
- Brücken,
- Implantate und die in diesem Zusammenhang notwendigen vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen zum Aufbau des Kieferknochens,
- Verblendungen (außer Weisheitszähne), auch wenn diese medizinisch nicht notwendig sind,
- Aufbissbehelfe und Schienen,
- funktionsanalytische und -therapeutische Maßnahmen, die in Zusammenhang mit Zahnersatz und Schienentherapie anfallen sowie
- Reparatur von Zahnersatz.

(3.2) In welcher Höhe erstatten wir diese Kosten?

- Die gesamte Behandlung ist im Rahmen der >Regelversorgung abgerechnet. Das heißt, die Rechnung enthält keine privaten Vergütungsanteile des Zahnarztes nach den >Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte (GOZ/GOÄ). Dann erstatten wir
 - 100% der Kosten.
 - Die Behandlung ist nicht oder nur teilweise im Rahmen der Regelversorgung abgerechnet. Das heißt, die Rechnung enthält private Vergütungsanteile des Zahnarztes nach GOZ/GOÄ. Dann erstatten wir
 - 80% der Kosten, oder
 - 90% der Kosten, wenn ein Zahnarzt den Versicherten in den letzten fünf Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung jährlich untersucht hat. Dies müssen Sie uns z.B. durch ein >Bonusheft nachweisen.
- Sie erhalten von uns aber mindestens den Betrag, den wir im Fall der Regelversorgung bezahlen würden.

(4) Was erstatten wir für Narkose und Akupunktur?

Wir erstatten die Kosten für

- Analgosedierung und
- Lachgassedierung.

Zusätzlich erstatten wir die Kosten für Akupunktur, auch wenn diese medizinisch nicht notwendig ist.

Voraussetzung dafür ist, dass die oben genannten Behandlungen in direktem Zusammenhang mit einer Leistung aus diesem Tarif stehen.

Wir erstatten

- 80% der Kosten, oder
- 90% der Kosten, wenn ein Zahnarzt den Versicherten in den letzten fünf Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung jährlich untersucht hat. Dies müssen Sie uns z.B. durch ein ➤ Bonusheft nachweisen.

Höchstens erhalten Sie von uns insgesamt 250 € pro Kalenderjahr.

(5) Welche Beträge erhalten Sie höchstens für alle versicherten Leistungen?

Sie erhalten von uns höchstens folgende Leistungsbeträge:

insgesamt

- 1.000 € im 1. Kalenderjahr,
- 2.000 € im 1. bis 2. Kalenderjahr,
- 3.000 € im 1. bis 3. Kalenderjahr,
- 4.000 € im 1. bis 4. Kalenderjahr,
- 5.000 € im 1. bis 5. Kalenderjahr,
- unbegrenzt ab dem 6. Kalenderjahr.

Diese Höchstbeträge reduzieren sich um 75%, wenn der Versicherte bei Vertragsschluss

- mindestens einen fehlenden Zahn hat oder
- dieser durch herausnehmbaren Zahnersatz ersetzt ist.

Die genannten Höchstbeträge beziehen sich jeweils auf den Zeitpunkt der Behandlung.

Muss sich der Versicherte aufgrund eines ➤ Unfalls behandeln lassen, gelten diese Höchstbeträge nicht. Dies setzt voraus,

- dass sich der Unfall nach Abschluss des Vertrages ereignet hat und
- Sie uns dies nachweisen.

Wechselt der Versicherte aus einem unserer anderen Tarife mit Leistungen für Zahnersatz in diesen Tarif, gilt für die Höchstbeträge:

- Wir berücksichtigen die Dauer des bisherigen Tarifs und
- rechnen daraus erstattete Leistungen an.

(6) Wann empfehlen wir einen ➤ Heil- und Kostenplan vorzulegen?

Legen Sie uns bitte den (von der GKV genehmigten) Heil- und Kostenplan vor, bevor der Zahnarzt den Versicherten behandelt.

(7) Welche Unterlagen brauchen wir stets, damit wir leisten können?

Um leisten zu können, brauchen wir immer folgende Unterlagen:

- Die Rechnungen des Zahnarztes und des Labors;
- Ein Nachweis, aus dem hervorgeht,
 - ob und wenn ja, welche Vorleistungen die GKV und/oder ein anderer Kostenträger erbracht hat und
 - welche Leistungen die GKV auf einen vereinbarten Selbstbehalt angerechnet hat.

Lässt ein Versicherter einen fehlenden Zahn ersetzen, müssen Sie uns nachweisen, wann er diesen Zahn verloren hat.

III. Welche ➤ Wartezeiten sind vereinbart?

In diesem Tarif gelten keine Wartezeiten.

IV. Welchen Beitrag müssen Sie bezahlen?

Der Beitrag ist abhängig vom ➤ Alter des Versicherten.

Ab Januar des Jahres, in dem der Versicherte

- 18 Jahre,
- 33 Jahre,
- 44 Jahre,
- 52 Jahre,
- 59 Jahre bzw.
- 66 Jahre

alt wird, gilt jeweils der Beitrag für die nächst höhere Altersgruppe.

V. Wann können wir die Leistungen und Beiträge ändern?

Wenn sich die Verhältnisse im Gesundheitswesen dauerhaft ändern, können wir die Leistungen und Beiträge dieses Tarifs überprüfen und anpassen. Wann das möglich ist lesen Sie in § 9 der AVB/ZV 2016.

Wenn die GKV ihre Leistung für Zahnersatz ändert, gilt dies ebenfalls. Dann überprüfen wir, wie sich die Änderung auf die Leistungen und Beiträge dieses Tarifs auswirkt und passen diese eventuell an. Dabei muss ein unabhängiger Treuhänder zustimmen.

Auch die Beträge, die Sie von uns im Leistungsfall höchstens erhalten, können wir ändern, wenn

- wir die Beiträge anpassen und
- der Treuhänder zustimmt.

Fachbegriffe

Hier erläutern wir Ihnen die mit > gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

Alter

Das Alter berechnen wir, indem wir vom Kalenderjahr des Versicherungsbeginns oder einer Vertragsänderung Ihr Geburtsjahr abziehen, z.B. 2016 – 1980 = 36. Ihr Alter bestimmt die Höhe des Beitrags.

BEMA - Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen

Der BEMA bildet die Grundlage für die Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen innerhalb der GKV in Deutschland.

Bonusheft

Im Bonusheft hält der Zahnarzt die Termine der Untersuchung bzw. Prophylaxe fest. Es dient als Nachweis, dass der Versicherte regelmäßig zur Kontrolle beim Zahnarzt ist.

Gebührenordnung

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) regeln die Abrechnung privater Leistungen des Arztes und des Zahnarztes, d.h. aller medizinischen und zahnmedizinischen Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In ihnen sind die Gebühren für ärztliche und zahnärztliche Leistungen verzeichnet.

Heil- und Kostenplan

Ein Plan, in dem die Leistungen und Kosten einer bevorstehenden Behandlung durch den Zahnarzt dargestellt sind. Er klärt, inwieweit Kosten vom Patienten, der Krankenkasse oder anderen Kostenträgern zu tragen sind.

Regelversorgung

Der als zweckmäßig, ausreichend, wirtschaftlich und notwendig angesehene Zahnersatz für den jeweiligen Gebisszustand wird als Regelversorgung bezeichnet.

Unfall

Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem der Versicherte unfreiwillig einen Schaden erleidet. Die häufigsten Unfälle sind z.B. Stürze, Verkehrs- und Sportunfälle.

Wartezeit

Wartezeit ist die Zeit, in der der Versicherte noch keinen Schutz aus der Versicherung hat. Sie rechnet vom Beginn der Versicherung an.