



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den Tarif ZV (Zahnergänzungs-Versicherung für gesetzlich Versicherte) (KV733_201308)

Inhaltsverzeichnis

Der Versicherungsschutz

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

- § 8 Beitragszahlung
- § 8a Beitragsberechnung
- § 8b Beitragsanpassung
- § 9 Obliegenheiten

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

§ 11 Aufrechnung

Ende der Versicherung

- § 12 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
- § 13 Kündigung durch den Versicherer
- § 14 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

- § 15 Willenserklärungen und Anzeigen
- § 16 Gerichtsstand
- § 17 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Anhang

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) **Umfang des Versicherungsschutzes** Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen mit Anhang sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(2) **Arztwahl**

Tarif ZV bietet Versicherungsschutz für die unter § 5 aufgeführten Leistungen. Für die Durchführungen der ambulanten Leistungen kann jeder niedergelassene Zahnarzt oder Kieferorthopäde mit Kassenzulassung in Anspruch genommen werden.

(3) **Erstattungsfähigkeit von Aufwendungen**

Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnet wurden.

(4) **Versicherungsfähigkeit**

Versicherungsfähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und darüber hinaus Mitglied der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung haben. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Für Personen, die aus der GKV ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem der Anspruch auf Leistungen der GKV endet.

(5) **Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in einen anderen Mitgliedsstaat der EU**

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, so setzt sich das Versicherungsverhältnis fort, sofern die Mitgliedschaft in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Familienversicherung weiterhin besteht. Der Versicherer bleibt in diesem Fall höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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 (siehe § 4). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 3 Versicherungsdauer

(1) **Abschluss und Dauer des Vertrages**

Der Vertrag wird pro Person und Tarif für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt.

(2) **Versicherungsjahr**

Das erste Versicherungsjahr ist ein Rumpfsjahr. Es rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen den Kalenderjahren.

§ 4 Wartezeit

Die Wartezeit berechnet sich vom Versicherungsbeginn an. Sie beträgt acht Monate. Die Wartezeit entfällt für Leistungen für Zahnprophylaxe gemäß § 5 Absatz 1 und Wurzel- und Parodontosebehandlung gemäß § 5 Absatz 2 sowie bei Unfällen.

§ 5 Umfang der Leistungspflicht

Aufwendungen für Zahnprophylaxe, Wurzel- und Parodontosebehandlung und Knirscherschienen sind im tariflichen Umfang bis zu den Höchstsätzen der GOZ erstattungsfähig. Dies gilt ebenfalls für Aufwendungen für medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlungen, sofern kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht. Liegt bei medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlungen ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV vor, werden die aufgrund von Mehrkostenvereinbarungen entstandenen Aufwendungen im tariflichen Umfang erstattet.

Erstattungsfähige Aufwendungen sind Leistungen für

5.1 **Zahnprophylaxe**

Der Tarif ZV erstattet 100 % der nach Abzug der Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für prophylaktische Leistungen nach der GOZ (einschließlich professioneller Zahnreinigung und Fissurenversiegelung) bis zu einem Erstattungsbetrag von 100 EUR pro Versicherungsjahr. Werden von der GKV oder einem anderen Kostenträger keine Leistungen gewährt, werden 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Betrag von 100 EUR pro Versicherungsjahr erstattet.

5.2 **Wurzel- und Parodontosebehandlung**

Der Tarif ZV erstattet 100 % der nach Abzug der Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers verbleibenden Aufwendungen für medizinisch notwendige Wurzel- und Parodontosebehandlung (z. B. Wurzelspitzenresektion, Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime). Werden von der GKV oder einem anderen Kostenträger keine Leistungen gewährt, werden 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen erstattet.

5.3 **Knirscherschienen**

Erstattet werden 80 % der nach Abzug der Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers verbleibenden Aufwendungen für medizinisch notwendige Knirscherschienen inkl. Laborarbeiten und Materialkosten sowie funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Maßnahmen. Werden von der GKV oder einem anderen Kostenträger keine Leistungen gewährt, werden 80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen erstattet.

5.4 **Kieferorthopädische Behandlung**

Erstattet werden 80 % der Aufwendungen für medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlungen nach Abzug eines Leistungsanspruchs gegenüber der GKV.

In diesen Fällen werden auch Aufwendungen für im Rahmen von Mehrkostenvereinbarungen erbrachte Zusatzleistungen erstattet. Darunter fallen z. B. Mini-Metall-, Gold-, Keramik- und Kunststoffbrackets, un-



sichtbare Zahnsperre, Lingualtechnik, festsitzender Retainer, konfektionierte herausnehmbare Geräte, festsitzender Lückenhalter, farbige/farblose Bögen/Teilbögen, thermisch programmierbare oder plastische Bögen/Teilbögen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen.

Der Erstattungsbetrag ist für die gesamte kieferorthopädische Behandlung auf 2000 EUR begrenzt.

Keine Erstattung erfolgt für Aufwendungen einer kieferorthopädischen Behandlung, die nach Vollendung des 18. Lebensjahres der versicherten Person begonnen wurde.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

(1) Voraussetzung für die Auszahlung der Versicherungsleistung

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind. Diese werden Eigentum des Versicherers.

(2) Gesetzliche Bestimmungen

Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

(3) Heil- und Kostenplan

Für Aufwendungen nach Ziffer 5.4 (Kieferorthopädische Behandlung) soll dem Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan eingereicht werden, damit dem Versicherungsnehmer der Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen mitgeteilt werden kann. Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans werden vom Versicherer erstattet.

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.

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.

(4) Nachweise

Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen den einschlägigen Rechtsvorschriften entsprechen und insbesondere folgende Angaben enthalten: Namen der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Art der Leistungen, Erstattungsvermerk der GKV und das jeweilige Behandlungsdatum.

(5) Erstattungsanspruch gegenüber Dritten

Besteht ein Erstattungsanspruch gegenüber Dritten, so sind die Leistungen des Dritten in Anspruch zu nehmen und die Zweitschrift der Rechnungen mit Erstattungsvermerk einzureichen.

(6) Hinweise für das Einreichen von Rechnungen

Rechnungen sind nach beendeter Behandlung bzw. Untersuchung einzureichen, Rechnungen für Behandlungen aus dem letzten Kalenderjahr möglichst bis zum 30. Juni des Folgejahres.

(7) Leistungsempfänger

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.

(8) Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Festlegung der Beiträge

Der Versicherer erhebt Monatsbeiträge. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Bei nicht monatlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von

- 1 % bei 1/4jährlicher Zahlung
- 2 % bei 1/2jährlicher Zahlung
- 4 % bei Jahreszahlung gewährt.

(2) Zahlung des Erstbeitrages

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Aushändigung des Versicherungsscheines zu zahlen, jedoch nicht vor dem Tag des im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns.

(3) Folgen bei Zahlungsverzug

Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.

(4) Beendigung des Versicherungsverhältnisses

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 aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate 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) Entrichtung der Beiträge

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

§ 8a Beitragsberechnung

Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Beiträge werden jeweils getrennt für die Altersintervalle von 0 bis 15 Jahren, 16 bis 20 Jahren sowie ab 21 Jahren bestimmt.

Zu Beginn der Versicherung ist zunächst der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter entspricht. Als Eintrittsalter gilt die Anzahl der bei Versicherungsbeginn (siehe § 2) vollendeten Lebensjahre. Ein Lebensjahr gilt zum Ende des Geburtsmonats als vollendet.

Sobald eine versicherte Person das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des hierauf folgenden Monats der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Kosten für Zahnbehandlung und Kieferorthopädie oder aufgrund einer häufigeren Leistungsanspruchnahme ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für Tarif ZV die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit des Tarifs ZV eine Abweichung von mehr als 5 %, so werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, angepasst.

(2) Wirksamwerden einer Beitragsanpassung

Anpassungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Auskunftspflicht

Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 7) 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) Ärztliche Untersuchung

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

(3) Unterrichtung bei anderweitigem Versicherungsschutz

Wird für die versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Tarif abgeschlossen, der Aufwendungen für Zahnbehandlung oder Kieferorthopädie erstattet, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Auswirkungen von Obliegenheitsverletzungen auf die Leistungspflicht des Versicherers



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 3 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Wird die in § 9 Abs. 3 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

(2) Kenntnis und Verschulden einer Obliegenheitsverletzung

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

§ 11 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 12 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Kündigungszeitpunkt und Kündigungsfrist

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Kündigung bei Beitragserhöhungen

Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund des Wechsels der versicherten Person in eine andere Altersgruppe gemäß § 8a, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens kündigen.

Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel gemäß § 8b oder ändert er die Versicherungsbedingungen gemäß § 17, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(3) Anspruch auf Aufhebung der Versicherung

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

(4) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses durch die versicherten Personen

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 rückständigen Beiträge sind nachzuentrichten. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 13 Kündigung durch den Versicherer

(1) Ordentliches Kündigungsrecht

Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis einmalig zum Ende des zweiten Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Außerordentliches Kündigungsrecht

Die Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Beschränkung der Kündigung

Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(4) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses durch die versicherten Personen

Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 12 Abs. 4 Sätze 1 und 2 entsprechend.

(5) Rücktritt bei Verletzung der Anzeigepflicht

Wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht gemäß § 19 i. V. m. den §§ 21 und 194 Abs. 1 Sätze 3 und 4 VVG (siehe Anhang) kann der Versicherer vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit der Schließung drei Jahre verstrichen sind. Die Frist beläuft sich auf zehn Jahre, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden ist.

§ 14 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Beendigung durch Tod des Versicherungsnehmers

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) Beendigung durch Tod der versicherten Person

Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Trennung/Scheidung

Ein getrennt lebender Ehegatte oder rechtskräftig Geschiedener kann seinen Vertragsteil als selbstständige Versicherung fortsetzen. Die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit müssen erfüllt sein. Entsprechendes gilt für den getrennt lebenden eingetragenen Lebenspartner oder bei Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft.

(4) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in Ausland

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 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.

Sonstige Bestimmungen

§ 15 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 16 Gerichtsstand

(1) Zuständiges Gericht für Klagen des Versicherers

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. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

(2) Zuständiges Gericht für Klagen des Versicherungsnehmers

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.

§ 17 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Anpassung mit Treuhänderzustimmung

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

(2) Ersetzung einzelner Regelungen

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

§ 18 Sonstiges

Ein Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG), der insbesondere die in den AVB erwähnten Bestimmungen enthält, ist dem Bedingungstext als Anhang beigelegt.



Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

Information für den Versicherungsnehmer

Soweit nicht in den AVB Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Die für den Versicherungsnehmer wichtigsten Bestimmungen aus dem VVG sind nachfolgend abgedruckt.

§ 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 Abschlagszahlung in Höhe des Betrages 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.

(3) Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

(1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Absatz 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(2) Im Fall eines Rücktritts nach § 19 Absatz 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Absatz 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss: dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Ver-

sicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

§ 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 grobe 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 vom 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 die Rechtsfolge hingewiesen hat.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstbeitrag

(1) Wird der einmalige oder der erste Beitrag 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 der einmalige oder der erste Beitrag 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 des Beitrags aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgebeitrag

(1) Wird der Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens 2 Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Beiträge, 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 Beiträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung des Beitrags oder 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.



§ 194 Anzuwendende Vorschriften

(1) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadenversicherung gewährt wird, sind die §§ 74 bis 80 und 82 bis 87 anzuwenden. Die §§ 23 bis 27 und 29 sind auf die Krankenversicherung nicht

anzuwenden. § 19 Absatz 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat. Abweichend von § 21 Absatz 3 Satz 1 beläuft sich die Frist für die Geltendmachung der Rechte des Versicherers auf drei Jahre.



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den Zahnergänzungstarif ZEP80 für gesetzlich krankenversicherte Personen (KV770_201308)

Teil II Leistungsregelungen

Gültig in Verbindung mit

Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die nach Art der Schadenversicherung betriebene Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Inhalt

§ 1	Versicherungsfähigkeit	§ 4	Sonstige Tarifbestimmungen
§ 2	Umfang des Versicherungsschutzes	§ 5	Monatsbeiträge
§ 3	Versicherungsleistungen		

Teil II regelt die tariflichen Leistungen des Tarifs ZEP80

§ 1 Allgemeine Bestimmungen

(1) Versicherungsfähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und darüber hinaus Mitglied der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung haben. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Für Personen, die aus der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif mit dem Ende des Monats, in dem die Anzeige beim Versicherer eingeht.

(2) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, so setzt sich das Versicherungsverhältnis fort, sofern die Mitgliedschaft in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Familienversicherung weiterhin besteht. Der Versicherer bleibt in diesem Fall höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

§ 2 Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Maßgebliche Gebührenvorschriften

Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnet werden.

(2) Leistungserbringer und Behandlungsarten

a) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen oder unter den in Krankenhausambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren approbierten Zahnärzten frei.

b) Die Aufwendungen von medizinischen Versorgungszentren und von juristischen Personen (Instituten), die auf Veranlassung eines Zahnarztes Laborleistungen erbringen, sind erstattungsfähig. Im Übrigen besteht für die Inanspruchnahme von Leistungen von juristischen Personen kein Leistungsanspruch.

(3) Leistungsausschlüsse und -einschränkungen

Keine Leistungspflicht besteht

a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegseignissen verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle;

c) für Behandlung durch Zahnärzte, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde 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 Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

e) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so 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.

Aufwendungen nach GOZ sind nur angemessen, wenn sie nach den dort festgelegten Bemessungskriterien medizinisch gerechtfertigt sind. Aufwendungen, die nicht nach Satz 1 berechnet werden können, gelten als angemessen, soweit sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen.

f) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

g) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 3 Versicherungsleistungen

(1) Erstattungsfähige Aufwendungen

Der Tarif ZEP80 ersetzt Aufwendungen für

a) Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken, Prothesen, Stützähne, Inlays und Implantate einschließlich Vor- und Nachbehandlungen, Kunststofffüllungen), vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen (einschließlich funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen), die unmittelbar zur Versorgung mit unter Versicherungsschutz stehendem Zahnersatz erforderlich werden.

b) zahntechnische Laborarbeiten und Materialien

c) Erstellen eines Heil- und Kostenplans

Enthält die Rechnung privatärztliche Vergütungsanteile, so sind Aufwendungen für die unter den Buchstaben a bis c aufgeführten Leistungen bis zu den Höchstsätzen der amtlichen Gebührenordnung erstattungsfähig, soweit den Grundsätzen der Gebührenordnung entsprochen wird.

Für den Austausch intakter plastischer Füllungen (z. B. Amalgam oder Kunststofffüllungen) besteht kein Leistungsanspruch.

(2) Erstattungshöhe

Für Aufwendungen gemäß Absatz (1) a bis c werden 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages erstattet. Hiervon abgezogen werden Leistungen der GKV.

Die Erstattung ist jedoch mindestens so hoch wie der von der GKV für die entsprechende Zahnersatzmaßnahme gewährte Festzuschuss gemäß § 55 Abs. 1 SGB V, wobei nach Anrechnung der Leistungen der GKV oder Dritter maximal die dann noch verbleibende Differenz zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gezahlt wird.



(3) Begrenzung der Versicherungsleistung in den ersten drei Versicherungsjahren

In den ersten drei Versicherungsjahren wird pro versicherter Person die Versicherungsleistung auf

- 500,00 EUR im ersten Versicherungsjahr
- 500,00 EUR im zweiten Versicherungsjahr
- 750,00 EUR im dritten Versicherungsjahr

begrenzt.

Diese Begrenzungen entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

(4) Wartezeiten

Gemäß § 4 Abs. 3 Teil I der AVB beträgt die besondere Wartezeit für Zahnersatz 8 Monate. Sie entfällt für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.

(5) Heil- und Kostenplan

Übersteigt der zu erwartende Gesamtbetrag 2.000,00 EUR, so soll dem Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan eingereicht werden, damit dem Versicherungsnehmer der Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen mitgeteilt werden kann.

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.

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.

§ 4 Sonstige Tarifbestimmungen

Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung

Der in § 7 b Abs. 1 Teil I der AVB genannte Vomhundertsatz beträgt bei dem Vergleich der Versicherungsleistungen 5 %.

§ 5 Monatsbeiträge

(1) Die Berechnung der Beiträge ist in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Beiträge werden jeweils getrennt für die Altersintervalle von 0 bis 20 Jahren, 21 bis 30 Jahren, 31 bis 40 Jahren, 41 bis 50 Jahren, 51 bis 60 Jahren, 61 bis 70 Jahren sowie ab 71 Jahren bestimmt.

Zu Beginn der Versicherung ist zunächst der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter entspricht. Als Eintrittsalter gilt die Anzahl der bei Versicherungsbeginn (siehe § 2) vollendeten Lebensjahre. Ein Lebensjahr gilt zum Ende des Geburtsmonats als vollendet.

Sobald eine versicherte Person das 21., 31., 41., 51., 61. bzw. 71. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des hierauf folgenden Monats der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.