



**VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN
UND INFORMATIONEN**

**JANITOS
KRANKENZUSATZVERSICHERUNG
JA DENTAL PLUS**

Stand 01.12.2012

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

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

(Stand 01.12.2012)

Der Versicherungsschutz

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

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

Ende der Versicherung

- § 13 Vertragsdauer/Kündigung durch den Versicherungsnehmer
- § 14 Kündigung durch den Versicherer
- § 15 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

- § 16 Willenserklärungen und Anzeigen
- § 17 Gerichtsstand
- § 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Tarifbestimmungen und Beiträge

Anhang

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPG)

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(7) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz nach Maßgabe von § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang) verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 4 und 5) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 5) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

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

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

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

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

Sie entfällt

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

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

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

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

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

(2) Freie Behandlerwahl: Der versicherten Person steht in Deutschland die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten, den für ambulante Behandlungen liquidationsberechtigten approbierten Ärzten eines Krankenhauses, den zur ambulanten Heilbehandlung

zugelassenen Ambulanzen eines Krankenhauses, welches die Voraussetzungen nach Absatz 4 erfüllt, den medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), den niedergelassenen approbierten psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes frei. Im Ausland können die im jeweiligen Land zugelassenen Heilbehandler, soweit sie den Behandlern gemäß Satz 1 vergleichbar sind, in Anspruch genommen werden.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die in unmittelbarem oder mittelba-

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

- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- e) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- f) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- g) für die Teile der Behandlungsrechnung, die den Bestimmungen der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten bzw. dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH Stand 1985) nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten, falls der Tarif nichts anderes vorsieht. Dies gilt bei einer Behandlung im Ausland entsprechend, sofern die ortsüblichen Sätze überschritten werden.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge, ersetzt der Versicherer nur die durch diese gesetzlichen Leistungen nicht abgegoltenen Aufwendungen.

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

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

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

(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

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

(5) Kosten für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden; Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen können abgezogen werden, wenn der Versicherungsnehmer kein Inlandskonto benannt hat.

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zum jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig. Seine Höhe ergibt sich aus dem Versicherungsschein in Verbindung mit der für den Tarif gültigen Tarifprämientabelle. Wird der Beitrag während des Versicherungsjahres nach Maßgabe von § 18 neu festgesetzt, ist der neue Beitrag vom Änderungszeitpunkt an zu zahlen. Wurden Beiträge bereits im Voraus gezahlt, ist der Unterschiedsbetrag nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen. Werden die Beiträge nicht im Lastschriftverfahren gezahlt, wird je Rechnungsstellung ein Inkassozuschlag in Höhe von 5,- Euro erhoben.

(2) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nichts anderes vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von 2 Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Ist die Beitragszahlung im Lastschriftverfahren vereinbart, gilt der Erstbeitrag bis zum Eingang der Lastschrift beim Geldinstitut als gestundet.

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

(4) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

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

§ 8 a Beitragsberechnung

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

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

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

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

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

§ 9 Obliegenheiten

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

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

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

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

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

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

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

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

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

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Vertragsdauer/Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

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

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

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

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

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.

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

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

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

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

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

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Tarifbestimmungen und Beiträge

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder Tarifbestimmungen können zum April eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat geändert werden. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage hat der Versicherer darüber hinaus das Recht, die Beiträge dieses Tarifs jeweils zum April eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat anzupassen. Dementsprechend vergleicht der Versicherer jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, so können die Beiträge angepasst werden. Im Rahmen einer Beitragsanpassung können eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung, Höchstbeträge des Preis- und Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen und tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen angepasst sowie ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Der Versicherungsnehmer kann das Vertragsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Anhang

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

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

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

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

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

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

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

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

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

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

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

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

§ 204 Tarifwechsel

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

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

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

(Stand 01.12.2012)

1. Versicherungsfähigkeit

2. Nicht versicherbare Personen

3. Versicherte Aufwendungen

3.1. Ambulante zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung

- 3.1.1. Zahnbehandlung
- 3.1.2. Zahnmedizinische Individualprophylaxe
- 3.1.3. Zahnersatz
- 3.1.4. Akupunktur, Vollnarkose
- 3.1.5. Anrechnung von Leistungen der GKV

3.1.6. Kieferorthopädie

- 3.2. Zahnärztliches Honorar
- 3.3. Heil- und Kostenpläne/Folgen fehlender Genehmigung
- 3.4. Leistungsstaffeln für Zahnersatz
- 3.5. Leistungsstaffel für Kieferorthopädie

4. Sonstige Bestimmungen

5. Anpassung von Versicherungsleistungen

1. Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif JA dental plus können Personen versichert werden, die in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Endet die Versicherung in der GKV so endet die Versicherung nach Tarif JA dental plus für die betreffende Person mit dem Tag, an dem die Versicherung in der GKV fortfällt.

2. Nicht versicherbare Personen

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

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

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

3. Versicherte Aufwendungen

Erstattet werden im Versicherungsfall die nachstehend genannten Aufwendungen. Für bei Vertragsabschluss bereits begonnene oder angeratene Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz.

3.1. Ambulante zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung

3.1.1. Zahnbehandlung

Als Zahnbehandlung gelten

- Wurzelbehandlungen und Wurzelspitzenresektionen,
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
- Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (nicht jedoch im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung)

einschließlich der Material- und Laborkosten.

Ersetzt werden 100 % der Aufwendungen.

Sofern die Zahnbehandlung im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung durchgeführt werden kann, werden Aufwendungen nicht ersetzt. Privat-zahnärztliche Rechnungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn für die Maßnahme insgesamt keine Leistungspflicht der GKV besteht.

3.1.2. Zahnmedizinische Individualprophylaxe

Ersetzt werden 90 % der Aufwendungen für zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen (z. B. professionelle Zahnreinigung) bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 100,- Euro innerhalb eines Versicherungsjahres. Für die Durchführung können auch zahnmedizinische Fachassistenten (Dentalhygieniker) in Anspruch genommen werden.

Bei der zahnmedizinischen Individualprophylaxe beträgt die allgemeine Wartezeit gem. §3 Ziffer 2 AVB/JS drei Monate.

3.1.3. Zahnersatz

Als Zahnersatz gelten

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

einschließlich der Material- und Laborkosten.

Ersetzt werden

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

Bei höherwertigen Versorgungsformen werden ersetzt

- 90 % der Aufwendungen, wenn durch ein Bonusheft die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in den letzten 10 Jahren vor Behandlungsbeginn nachgewiesen werden kann;
- 85 % der Aufwendungen, wenn durch ein Bonusheft die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in den letzten 5 Jahren vor Behandlungsbeginn nachgewiesen werden kann;
- 80 % der Aufwendungen, wenn die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in weniger als 5 Jahren vor Behandlungsbeginn oder gar nicht nachgewiesen werden kann.

3.1.4. Akupunktur, Vollnarkose

Erstattungsfähig sind die Akupunktur zur Schmerzbehandlung und bei der Anästhesie sowie die Durchführung einer Vollnarkose bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 250,- Euro innerhalb eines Versicherungsjahres.

Voraussetzung ist, dass die Leistung im direkten Zusammenhang mit einer nach den Ziffern 3.1.1 oder 3.1.3 zu ersetzenden Aufwendung steht.

Die Aufwendungen werden zum jeweils maßgebenden Erstattungssatz der Hauptleistung ersetzt.

3.1.5. Anrechnung von Leistungen der GKV

Bei Aufwendungen nach den Ziffern 3.1.3 und 3.1.4 werden die Leistungen der GKV von den tariflichen Leistungen abgezogen.

Werden für die gewählte Versorgung zustehende Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen (z. B. weil ein Zahnarzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde), ist der Erstattungsbetrag für Aufwendungen nach Ziffer 3.1.3 auf 50 % der tariflichen Leistungen begrenzt.

3.1.6. Kieferorthopädie

Kieferorthopädische Leistungen einschließlich Röntgendiagnostik sowie Material- und Laborkosten, sofern mit der Behandlung nach Abschluss von Tarif JA dental plus und vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde.

Ersetzt werden 80 % der Aufwendungen.

Sofern die GKV für die kieferorthopädische Behandlung grundsätzlich Leistungen nach § 29 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) vorsieht, werden Aufwendungen nicht ersetzt. Privatzahnärztliche Rechnungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn für die Maßnahme insgesamt keine Leistungspflicht der GKV besteht und eine Zahnfehlstellung vorliegt, die aus medizinisch notwendigen Gründen eine Korrektur erforderlich macht. Der Ersatz von Aufwendungen für eine versicherte Person ist während der gesamten Vertragslaufzeit auf einen Rechnungsbetrag von insgesamt höchstens 5.000,- Euro begrenzt.

3.2. Zahnärztliches Honorar

Die Aufwendungen werden ersetzt, soweit sie im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung abgerechnet werden (vgl. Ziffer 3.1.3) oder soweit sie gemäß der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) berechnet sind. Der Ersatz der Aufwendungen ist auf die in den Gebührenordnungen aufgeführten Höchstsätze begrenzt.

3.3. Heil- und Kostenpläne/Folgen fehlender Genehmigung

Übersteigt der zu erwartende Gesamtrechnungsbetrag bei Leistungen für Zahnersatz (Ziffer 3.1.3) oder Kieferorthopädie (Ziffer 3.1.6) 1.000,- Euro, ist dem Versicherer rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen. Der Versicherer erstattet die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans und verpflichtet sich, dessen Prüfung unverzüglich vorzunehmen. Die Aufwendungen werden zu den nach Ziffern 3.1.3 und 3.1.6 maßgebenden Prozentsätzen erstattet, soweit der Versicherer den Heil- und Kostenplan genehmigt hat. Wird die Maßnahme ohne vorherige Genehmigung des Versicherers durchgeführt, werden die 1.000,- Euro übersteigenden Aufwendungen zu 50 % der tariflichen Leistungen ersetzt.

3.4. Leistungsstaffeln für Zahnersatz

Leistungsstaffel FZ1:

Die Erstattung von Aufwendungen für Zahnersatz nach Ziffer 3.1.3 einschließlich der Aufwendungen nach Ziffer 3.1.4, die mit der Zahnersatzmaßnahme in Zusammenhang stehen, ist für Personen mit bei Vertragsabschluss einem oder keinem fehlenden Zahn begrenzt auf einen Betrag von höchstens

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

ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif.

Leistungsstaffel FZ2:

Die Erstattung von Aufwendungen für Zahnersatz nach Ziffer 3.1.3 einschließlich der Aufwendungen nach Ziffer 3.1.4, die mit der Zahnersatzmaßnahme in Zusammenhang stehen, ist für Personen mit bei

Vertragsabschluss zwei fehlenden Zähnen begrenzt auf einen Betrag von höchstens

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

ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif.

Leistungsstaffel FZ3:

Die Erstattung von Aufwendungen für Zahnersatz nach Ziffer 3.1.3 einschließlich der Aufwendungen nach Ziffer 3.1.4, die mit der Zahnersatzmaßnahme in Zusammenhang stehen, ist für Personen mit bei Vertragsabschluss drei fehlenden Zähnen begrenzt auf einen Betrag von höchstens

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

ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif.

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

3.5. Leistungsstaffel für Kieferorthopädie:

Die Erstattung von Aufwendungen für Kieferorthopädie nach Ziffer 3.1.6 ist begrenzt auf einen Betrag von höchstens

500 Euro in den ersten 12 Monaten,
1.000 Euro in den ersten 24 Monaten,
1.500 Euro in den ersten 36 Monaten und
2.000 Euro in den ersten 48 Monaten

ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif.

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

4. Sonstige Bestimmungen

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

Selbstbehalte nach § 53 SGB V gelten als Vorleistung der GKV und werden nicht ersetzt.

5. Anpassung von Versicherungsleistungen

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

Die Leistungen der Janitos Krankenzusatzversicherung
Tarif: JA dental plus (Stand: 01.12.2012)

	JA dental plus
Zahnersatz * (inkl. Implantate), Inlays, dentinadhäsive Konstruktionen (Kompositfüllungen), Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen, Onlays, Brücken, Stifzähne, Prothesen)	90/85/80 % je nach Vorsorge Bonusheft Leistungsgrenze gem. Zahnstaffel *
Zahnbehandlungen (soweit im Tarif beschrieben und sofern keine GKV-Leistung)	100 %
Zahnmedizinische Individualprophylaxe, z.B. professionelle Zahnreinigung	90 % max. 100 € Rechnungsbetrag/ Jahr
Akupunktur zur Schmerzbehandlung sowie die Durchführung einer Vollnarkose *	250 € Rechnungsbetrag / Jahr zum prozentualen Erstattungssatz der Hauptleistung
Kieferorthopädie **, sofern GKV für die Maßnahme insgesamt keine Leistungen erbringt und die Behandlung vor dem 18. Geburtstag der vers. Person begonnen wurde	80 %, max. 5.000 € Rechnungsbetrag Leistungsgrenze gem. Zahnstaffel **
Bei nicht vorgelegtem Heil- und Kostenplan	50 % der tariflichen Leistungen für alle Kosten über 1.000 €

* Aufwendungen für Zahnersatz einschließlich der Aufwendungen für Akupunktur zur Schmerzbehandlung sowie die Durchführung einer Vollnarkose, die mit der Zahnersatzmaßnahme in Zusammenhang stehen, sind begrenzt auf einen Erstattungsbetrag von höchstens:

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

** Die Aufwendungen für Kieferorthopädie sind begrenzt auf einen Erstattungsbetrag von höchstens:

- 500 Euro in den ersten 12 Monaten,
- 1.000 Euro in den ersten 24 Monaten,
- 1.500 Euro in den ersten 36 Monaten und
- 2.000 Euro in den ersten 48 Monaten

Hinweis: Im Rahmen der Risikoprüfung können aufgrund fehlender Zähne abweichende Leistungsstaffeln vereinbart werden.

✓ = Versicherungsschutz besteht

- = nicht mitversichert

Bitte beachten Sie, dass diese Übersicht nur einen Auszug und keine umfassende Aufzählung aller Leistungserweiterungen darstellt. Rechtsgrundlage sind jeweils die im Vertrag vereinbarten Versicherungsbedingungen.

Produktinformationsblatt zur Janitos Krankenzusatzversicherung dental

Mit den nachfolgenden Informationen möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über die Ihnen angebotene Krankenzusatzversicherung geben. **Diese Informationen sind jedoch nicht abschließend.** Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und den beigegeführten Versicherungsbedingungen (Allgemeine Versicherungsbedingungen der Janitos Versicherung AG für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/JS) und Tarifbedingungen der Janitos Versicherung AG für jeweilige Ergänzungsversicherung). Bitte lesen Sie daher die gesamten Vertragsunterlagen sorgfältig.

Welche Art der Versicherung bieten wir Ihnen an?

Wir bieten Ihnen eine Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an.

Welche Risiken sind versichert?

JA dental

Bei medizinisch notwendigen Zahnersatzmaßnahmen ersetzen wir Ihre Aufwendungen für

- Zahnersatz einschließlich der Material- und Laborkosten zu 100 %, sofern Sie nur die Regelversorgung in Anspruch nehmen und bis zu 70% bei einer höherwertigeren Versorgung

unter den in den Tarifbedingungen genannten Voraussetzungen und im Rahmen der tariflichen Höchstgrenzen.

Bitte lesen Sie hierzu auch § 4 AVB/JS.

Wichtige Hinweise: Versichert werden nur Personen, die bei Vertragsabschluss nicht mehr als drei fehlende Zähne haben. Für bei Vertragsabschluss bereits begonnene oder angeratene Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz. Der Versicherungsschutz für alle tariflichen Leistungen beginnt erst nach Ablauf einer Wartezeit von 8 Monaten (vgl. § 3 Abs. 3 AVB/JS). Sie entfällt bei Unfällen.

JA dental plus

Bei medizinisch notwendiger Zahnbehandlung und Kieferorthopädie ersetzen wir Ihre Aufwendungen für

- Zahnbehandlung zu 100 %, sofern die GKV hierfür insgesamt keine Leistungen vorsieht,
- zahnmedizinische Individualprophylaxe zu 90 %,
- Zahnersatz einschließlich der Material- und Laborkosten zu 100 %, sofern Sie nur die Regelversorgung in Anspruch nehmen und bis zu 90% bei einer höherwertigeren Versorgung sowie für
- kieferorthopädische Leistungen einschließlich der Material- und Laborkosten zu 80 %, sofern die GKV hierfür keine Leistungen vorsieht

unter den in den Tarifbedingungen genannten Voraussetzungen und im Rahmen der tariflichen Höchstgrenzen.

Bitte lesen Sie hierzu auch § 4 AVB/JS.

Wichtige Hinweise: Versichert werden nur Personen, die bei Vertragsabschluss nicht mehr als drei fehlende Zähne haben. Für bei Vertragsabschluss bereits begonnene oder angeratene Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz. Der Versicherungsschutz für alle tariflichen Leistungen (mit Ausnahme der zahnmedizinischen Individualprophylaxe) beginnt erst nach Ablauf einer Wartezeit von 8 Monaten (vgl. § 3 Abs. 3 AVB/JS). Sie entfällt bei Unfällen.

Wann besteht keine Leistungspflicht?

Keine Leistungspflicht besteht beispielsweise für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.

Weitere Ausschlüsse entnehmen Sie bitte § 5 AVB/JS und ggf. den Tarifbestimmungen. Darüber hinaus sind ggf. individuell bei Abschluss des Versicherungsvertrages vereinbarte Leistungsausschlüsse zu beachten. Diese sind im Versicherungsschein aufgeführt.

Wie hoch ist die Prämie, wann müssen Sie diese bezahlen und was passiert, wenn Sie nicht oder verspätet zahlen?

Die monatliche Prämie richtet sich nach der Beitragsgruppe des erreichten Alters der zu versichernden Person. Ihre Höhe ergibt sich aus dem Versicherungsschein in Verbindung mit der für den Tarif gültigen Tarifprämientabelle.

Versicherte Person :

Baustein:

Prämie lt. Zahlweise:

Euro

Prämienfälligkeit:

erstmalig zum Versicherungsbeginn am:

Ergibt die Gesundheitsprüfung, dass die Versicherung nur mit einem Risikozuschlag möglich ist, kommt ggf. zur angegebenen Prämie ein gesondert mit Ihnen zu vereinbarenden Risikozuschlag hinzu. Risikozuschläge sind im Versicherungsschein aufgeführt.

Erreicht die versicherte Person das erste Alter der nächsten Beitragsgruppe, ist die für diese Beitragsgruppe geltende Prämie zu zahlen. Bitte lesen Sie hierzu § 8a Abs. 3 und 4 AVB/JS.

Die erste Prämie wird nach Ablauf von 14 Tagen nach Abschluss des Vertrages fällig, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die weiteren Prämien sind zu dem auf dem Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt zu zahlen. Falls Sie uns eine Lastschriftermächtigung erteilen, sorgen Sie bitte rechtzeitig für ausreichende Deckung auf Ihrem Konto.

Wichtiger Hinweis: Bitte beachten Sie, dass wir einen Inkassozuschlag in Höhe von 5,- Euro je Rechnungsstellung erheben, wenn die Beitragszahlung nicht im Lastschriftverfahren erfolgt.

Wenn Sie die erste oder einmalige Prämie schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, können wir solange vom Vertrag zurücktreten, wie Sie nicht gezahlt haben. Auch der Versicherungsschutz beginnt erst mit dem Eingang der verspäteten Zahlung bei uns. Wenn Sie eine Folgeprämie nicht rechtzeitig zahlen, fordern wir Sie auf, die rückständige Prämie innerhalb einer Frist von mindestens zwei Wochen zu zahlen. Nach Ablauf dieser Zahlungsfrist entfällt Ihr Versicherungsschutz. Auch können wir den Vertrag kündigen.

Welche Obliegenheiten sind bei Abschluss des Versicherungsvertrages zu beachten?

Bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung haben Sie alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Bitte beantworten Sie daher die im Antrag enthaltenen Fragen unbedingt mit der erforderlichen Sorgfalt.

Wenn Sie falsche Angaben machen, können wir uns unter Umständen – auch noch nach längerer Zeit – vorzeitig von dem Vertrag lösen und Sie können – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – den Versicherungsschutz verlieren. Über die genauen Folgen einer Verletzung Ihrer Anzeigepflicht weisen wir Sie im Antrag gesondert hin.

Welche Obliegenheiten bestehen während der Laufzeit des Versicherungsvertrages?

Bitte teilen Sie uns mit, wenn für Sie oder eine mitversicherte Person bei einem anderen Versicherer eine weitere Krankheitskostenversicherung abgeschlossen wird.

Sollten Sie oder eine mitversicherte Person diese Obliegenheit schuldhaft verletzen, sind wir unter bestimmten Voraussetzungen ganz oder teilweise von der Leistungspflicht befreit und/oder können den Versicherungsvertrag kündigen. Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, lesen Sie bitte § 10 AVB/JS.

Was ist bei Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten?

Bitte erteilen Sie uns bei Eintritt des Versicherungsfalles alle zur Feststellung des Versicherungsfalles sowie unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlichen Auskünfte und überlassen uns die Unterlagen, die wir hierfür benötigen. Auch in ihrem eigenen Interesse ist die versicherte Person verpflichtet, nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die ihrer Genesung hinderlich sind. Weitere Obliegenheiten ergeben sich aus § 9 Abs. 2 und § 11 AVB/JS sowie ggf. aus den Tarifbedingungen.

Sollten Sie oder eine mitversicherte Person eine dieser Obliegenheiten schuldhaft verletzen, sind wir unter bestimmten Voraussetzungen ganz oder teilweise von der Leistungspflicht befreit. Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, lesen Sie bitte § 10 und § 11 Abs. 3 AVB/JS.

Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zum im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung), nicht vor Ablauf der Wartezeiten (siehe § 3 AVB/JS) und nicht vor Zahlung der Erstprämie. Ist die Zahlung der Erstprämie durch Lastschrift vereinbart und kann der Lastschufteinzug von uns bei Fälligkeit der Erstprämie erfolgreich durchgeführt werden, besteht ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt Versicherungsschutz. Wird die Lastschrift über die Erstprämie nicht eingelöst bzw. wegen Widerspruchs zurückbelastet, ist die Erstprämie nicht gezahlt worden. In diesem Fall beginnt der Versicherungsschutz nicht, bevor sie die Zahlung der Erstprämie veranlasst haben, z.B. durch Erteilung eines Überweisungsauftrags an Ihr Kreditinstitut, es sei denn, Sie haben die Nichteinlösung bzw. Rückbelastung nicht zu vertreten.

Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages.

Welche Möglichkeiten gibt es, den Versicherungsvertrag zu beenden?

Ihr Vertrag wird zunächst für die Dauer von zwei Jahren abgeschlossen. Er verlängert er sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn Sie nicht spätestens drei Monate vor dem Ende der Vertragslaufzeit kündigen. Weitere Beendigungsgründe sind z.B. der Tod oder der Wegfall der Versicherungsfähigkeit, insbesondere die Beendigung der Versicherung in der GKV. Bitte lesen Sie hierzu §§ 13 bis 15 AVB/JS.

Monatsprämien in Euro zum 01. April 2015

Zahnezusatzversicherung

Alter	JA dental	JA dental plus	Alter	JA dental	JA dental plus
0	0,61	13,83	51	18,39	32,08
1	0,61	13,83	52	19,09	32,86
2	0,61	13,83	53	19,81	33,66
3	0,61	13,83	54	20,50	34,40
4	0,61	13,83	55	21,18	35,15
5	0,61	13,83	56	21,83	35,28
6	0,61	13,83	57	22,48	36,04
7	0,61	13,83	58	23,12	36,81
8	0,61	13,83	59	23,72	37,61
9	0,61	13,83	60	24,31	38,41
10	0,61	13,83	61	24,93	39,23
11	0,61	13,83	62	25,56	40,01
12	0,61	13,83	63	26,24	40,81
13	0,61	13,83	64	26,88	41,54
14	0,61	13,83	65	27,51	42,15
15	0,61	13,83	66	28,08	42,65
16	2,92	11,98	67	28,54	43,00
17	2,92	11,98	68	28,90	43,18
18	2,92	11,98	69	29,23	43,48
19	2,92	11,98	70	29,48	43,73
20	2,92	11,98	71	29,74	43,39
21	4,20	12,80	72	29,98	43,62
22	4,31	12,99	73	30,17	43,84
23	4,57	13,42	74	30,08	43,55
24	4,91	14,04	75	29,92	43,11
25	5,30	14,78	76	29,70	42,56
26	5,69	15,62	77	29,37	41,83
27	6,10	16,49	78	28,89	40,98
28	6,51	17,36	79	28,33	39,98
29	7,09	18,22	80	27,64	38,97
30	7,54	19,22	81	26,86	37,95
31	8,03	20,14	82	26,02	36,93
32	8,51	21,02	83	25,11	35,91
33	9,00	21,80	84	24,20	34,94
34	9,53	22,53	85	23,29	34,00
35	10,07	23,24	86	22,39	33,05
36	10,65	23,89	87	21,48	32,11
37	11,19	24,47	88	20,56	31,16
38	11,70	25,02	89	19,91	30,24
39	12,10	25,27	90	19,25	29,32
40	12,48	25,61	91	18,59	28,43
41	12,91	26,09	92	17,94	27,53
42	13,35	26,57	93	17,28	26,63
43	13,79	27,08	94	16,64	25,74
44	14,28	27,59	95	15,98	24,87
45	14,77	28,10	96	15,33	24,00
46	15,29	28,61	97	14,67	23,13
47	15,83	29,15	98	14,03	22,23
48	16,40	29,77	99	13,38	21,36
49	17,02	30,49	100	12,74	20,49
50	17,68	31,27			

Stationäre Zusatzversicherung

Alter	JA stationär plus	Alter	JA stationär plus
0	7,87	51	31,16
1	7,87	52	32,66
2	7,87	53	34,18
3	7,87	54	38,08
4	7,87	55	41,97
5	7,87	56	45,87
6	7,87	57	49,75
7	7,87	58	53,64
8	7,87	59	58,05
9	7,87	60	62,46
10	7,87	61	66,85
11	7,87	62	71,27
12	7,87	63	75,66
13	7,87	64	81,07
14	7,87	65	86,48
15	7,87	66	91,88
16	11,04	67	97,28
17	11,04	68	102,69
18	11,04	69	110,32
19	11,04	70	117,97
20	11,04	71	125,63
21	10,05	72	133,26
22	11,24	73	140,91
23	12,48	74	149,51
24	13,81	75	158,09
25	15,23	76	166,71
26	16,75	77	175,31
27	18,35	78	183,89
28	20,00	79	190,85
29	21,14	80	197,83
30	22,24	81	204,77
31	23,22	82	211,75
32	24,04	83	218,71
33	24,53	84	220,36
34	24,94	85	222,01
35	25,16	86	223,68
36	25,16	87	225,34
37	24,97	88	227,00
38	24,72	89	228,35
39	24,40	90	229,70
40	24,14	91	231,07
41	23,94	92	232,42
42	23,84	93	233,78
43	23,91	94	235,11
44	24,32	95	236,45
45	24,86	96	237,79
46	25,45	97	239,11
47	26,07	98	240,45
48	26,72	99	241,79
49	28,18	100	243,11
50	29,67		

Annahmerichtlinien zur Janitos Krankenzusatzversicherung

(Stand: 01.09.2013)

Tarife:	Zahn: JA dental und JA dental plus Stationär: JA stationär plus
Abschlussmöglichkeiten	
Aus jeder Gruppe (derzeit nur stationär und Zahn) kann jeweils ein Tarif abgeschlossen werden	<ul style="list-style-type: none"> • JA dental • JA dental plus • JA stationär plus • JA dental oder JA dental plus und JA stationär plus • JA stationär plus und JA dental oder JA dental plus
Versicherbarer Personenkreis	Versicherbar sind alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland und bestehender deutscher GKV-Versicherung.
Prämienberechnung / Altersgruppenwechsel	Die Prämie in der Krankenversicherung wird nach Art der Schadenversicherung kalkuliert, eine Alterungsrückstellung wird nicht gebildet. Für jedes Alter werden – unabhängig vom Geschlecht - Altersgruppen gebildet. Jeweils im April eines jeden neuen Versicherungsjahres ändert sich das für die Beitragsberechnung maßgebende Alter und die Prämienberechnung erfolgt anhand des dann gültigen Alters der versicherten Person.
Berechnung des Eintrittsalters	Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen Kalender- und Geburtsjahr.
Prämienzahlung Zahlweise:	Die Zahlweise kann jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich erfolgen, sofern eine Mindestzahlrate von 5,- Euro erreicht wird. Ratenzahlungszuschläge werden nicht erhoben. Die Mindestzahlrate beträgt 5,- €. Eine Versicherungssteuer fällt bei Krankenversicherungsprodukten nicht an.
Prämienzahlung Zahlungsart:	Bei Vertragsabschluss kann als Zahlungsart nur das Lastschriftinzugsverfahren gewählt werden. Wird die Einzugsermächtigung später widerrufen, wird für jede Rechnungsstellung eine Gebühr in Höhe von 5,- Euro erhoben.
Prämienzahlung Rabatt:	Rabatte können auf KV-Produkte nicht eingeräumt werden. Allerdings gelten KV-Produkte als ein Zählbaustein für einen Bündelrabatt in anderen Sparten (Sparte KV gilt insgesamt als ein Zählbaustein).
Höchstaufnahmearter	Für die KV-Produkte gilt kein Höchstaufnahmearter. Die Beiträge im Prämientableau sind bis zum Alter 100 ausgewiesen.
Mindestvertragslaufzeit	Für die Krankenversicherungstarife gilt eine Mindestvertragslaufzeit von zwei Jahren.
Kündigung / Vertragsbeendigung	<ul style="list-style-type: none"> • Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht • Kündigung durch VN mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf des Versicherungsjahres (§ 13 Abs. 1 AVB/JS) • Kündigungsrecht VN aufgrund Beitragsgruppenänderung innerhalb von zwei Monaten nach Änderung (§ 13 Abs. 3 AVB/JS) • Kündigungsrecht VN aufgrund Beitragsanpassungsklausel innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Mitteilung bzw. bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung (§ 13 Abs. 4 AVB/JS) • Tod des VN oder der versicherten Person (§ 15 Abs. 1 AVB/JS) • Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb EU (§ 15 Abs. 3 AVB/JS) • Beendigung der Versicherung in der GKV (§ 15 Abs. 4 AVB/JS)
Tarifwechselrecht/Optionsrecht	Ein Tarifwechsel ist zur Hauptfälligkeit möglich. Bei Höherstufung kann der Versicherer für die Mehrleistung eine Gesundheitsprüfung durchführen und insoweit auch Leistungsausschlüsse oder Risikozuschläge verlangen. Wird der Tarifwechsel unter Ausübung des Optionsrechtes durchgeführt, erfolgt keine Gesundheitsprüfung. Die Optionsausübung kann jeweils nach Ablauf des 3. bzw. 6. Versicherungsjahres erfolgen, sofern die zu versichernde Person bei Vertragsbeginn das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Das für die Umstellung maßgebliche 1. Versicherungsjahr beginnt frühestens in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet hat.
Wartezeiten	Für die Krankenversicherung gelten Wartezeiten. Diese rechnen vom Versicherungsbeginn an, sie entfallen bei Unfällen. Die allg. Wartezeit beträgt 3 Monate. Für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung (hierzu gehört nicht die Zahnprophylaxe), Zahnersatz und KFO gilt eine besondere Wartezeit von 8 Monaten.
Besonderheiten in den Tarifen: JA dental (plus)	Nicht versicherbar sind Personen mit vorhandener voll- oder teilprothetischer Versorgung (herausnehmbarer Zahnersatz), mehr als 3 fehlenden Zähnen oder einer Zahnbetterkrankung (Parodontose / Parodontitis), die in den letzten 3 Jahren vor Vertragsabschluss eine Behandlung erforderlich machte.
Besonderheiten im Tarif: JA stationär plus	Neugeborene sind erst nach durchgeführter U-3 Untersuchung versicherbar. Bei Kindern bis zur Vollendung des 9. Lebensjahres ist eine Kopie des U-Heftes einzureichen.