

Versicherungsbedingungen für den Tarif SmileNow (SN02)

Im Tarif SmileNow bieten wir Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse und erbringen, falls vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für Heilbehandlungen und erbringen, falls vereinbart, weitere Leistungen.

Diese Versicherungsbedingungen wenden sich an Sie als →Versicherungsnehmer Wenn neben dem Tarif SmileNow bei uns für Sie weitere Verträge bestehen, können dafür andere Versicherungsbedingungen vereinbart sein. Für diese Verträge gelten die Versicherungsbedingungen für den Tarif SmileNow nicht.

Dieser Tarif hat die Kurzbezeichnung SN02.

Die Beiträge für diesen Tarif enthalten keine Anteile für die Bildung einer Alterungsrückstellung.

Teil A - Leistungen

Hier finden Sie Regelungen zum Umfang des Versicherungsschutzes und eine Beschreibung der Leistungen, die wir im Versicherungsfall erbringen.

Der Inhalt der versicherten Leistungen verändert sich während des Vertrags durch Zeitablauf. Denn in den ersten 24 Monaten Ihrer Versicherung können Sie andere Leistungen beanspruchen als in den Monaten 25 bis 36 Ihrer Versicherung.

	Seite
1. Regelungen zum Versicherungsschutz und zum Versicherungsfall.....	1
2. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang..	1
2.1 Versicherungsschutz während der Monate 1 bis 24 der Versicherung	1
2.2 Versicherungsschutz während der Monate 25 bis 36 der Versicherung	1
2.3 Versicherte Leistungen im Ausland.....	6
3. Fälligkeit und Abrechnung unserer Leistungen, Ihr besonderer Auskunftsanspruch und das Recht auf Offenlegung	7
4. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen	8
5. Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten	8
6. Nachrangige Leistungspflicht bei Ansprüchen gegen gesetzliche Leistungsträger	8

Teil B - Ihre Pflichten

Hier finden Sie Regelungen zu den mit der Versicherung verbundenen Pflichten und Verhaltensregeln (Obliegenheiten) sowie die Folgen bei deren Verletzung.

	Seite
1. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung	9
2. Obliegenheiten	9
3. Übergang von Ansprüchen gegen Dritte auf uns....	10

Teil C - Allgemeine Regelungen

Hier befindet sich die Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie finden hier außerdem die Regelungen für die Anpassung von Versicherungsbedingungen sowie allgemeine Regelungen zur Durchführung des Versicherungsvertrags.

Hier ist - ganz wichtig - auch geregelt, wie die versicherte Person zum Ende dieses Vertrags in einer anderen Zahn-Zusatzversicherung versichert wird.

	Seite
1. Beginn des Versicherungsschutzes	11
2. Unser Recht zur Anpassung von Versicherungsbedingungen.....	11

3. Ihr Recht zur Kindernachversicherung.....	11
4. Ende des Versicherungsvertrags und des Versicherungsschutzes	11
5. Deutsches Recht	12
6. Beschwerdemöglichkeiten	12
7. Zuständiges Gericht	12
8. Verjährung	13
9. Aufrechnung	13
10. Übertragung vertraglicher Ansprüche an Dritte	13
11. Ganz wichtig: Andere Zahn-Zusatzversicherung nach der Höchstversicherungsdauer	13

Erläuterung von Fachausdrücken

Wir haben uns bemüht, die Versicherungsbedingungen so verständlich wie möglich zu formulieren und auf Fachausdrücke so weit wie möglich zu verzichten. Nicht jeder Fachausdruck kann durch einen Begriff aus dem allgemeinen Sprachgebrauch ersetzt werden. Für unvermeidliche Fachausdrücke finden Sie daher im Anschluss an Ihre Versicherungsbedingungen Erläuterungen. Fachausdrücke, die dort erläutert werden, haben wir im Text mit einem "→" markiert.

Beispiel: "→schriftlich"

Teil A - Leistungen

Hier finden Sie Regelungen zum Umfang des Versicherungsschutzes und eine Beschreibung der Leistungen, die wir im Versicherungsfall erbringen.

Der Inhalt der versicherten Leistungen verändert sich während des Vertrags durch Zeitablauf. Denn in den ersten 24 Monaten Ihrer Versicherung können Sie andere Leistungen beanspruchen als in den Monaten 25 bis 36 Ihrer Versicherung.

1. Regelungen zum Versicherungsschutz und zum Versicherungsfall

Inhalt dieses Abschnitts:

- 1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?**
- 1.2 Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?**
- 1.3 Welche Eigenschaft müssen Sie bei Abschluss dieses Tarifs erfüllen (Aufnahmefähigkeit)?**

1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

(1) Versicherungsfall

Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung der →versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen sowie zahnmedizinische Prophylaxe (einschließlich Professioneller Zahnreinigung).

(2) Beginn und Ende des Versicherungsfalles

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn die →versicherte Person nach medizinischem Befund nicht mehr behandlungsbedürftig ist. Wenn die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden muss, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

1.2 Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus

- dem Versicherungsschein,
- den →schriftlichen Vereinbarungen,
- diesen Versicherungsbedingungen,
- den gesetzlichen Vorschriften zum Versicherungsrecht und
- den sonstigen gesetzlichen Vorschriften.

1.3 Welche Eigenschaft müssen Sie bei Abschluss dieses Tarifs erfüllen (Aufnahmefähigkeit)?

Die →versicherte Person ist nach diesem Tarif aufnahmefähig, wenn sie bei einer Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB) versichert ist.

2. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

2.1 Versicherungsschutz während der Monate 1 bis 24 der Versicherung

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.1.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?**
- 2.1.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?**
- 2.1.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir?**

Während der ersten 24 Monate der Versicherung bieten wir Versicherungsschutz für die Versorgung mit transparenten Zahnschienen nach den folgenden Regelungen.

Hier finden Sie Regelungen zu den versicherten Leistungen, wenn sich die →versicherte Person in Deutschland behandeln lässt.

Unsere Leistungspflicht bei Auslandsbehandlungen haben wir in Ziffer 2.3 festgelegt. Bitte sehen Sie im Bedarfsfall an dieser Stelle nach.

2.1.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?

Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der versicherten Aufwendungen ist das Datum, an dem die →versicherte Person behandelt worden ist oder eine Leistung bezogen hat.

2.1.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die →versicherte Person wählen?

Die →versicherte Person hat die freie Wahl unter den Zahnärzten unseres Kooperationspartners.

2.1.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir?

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- transparente Zahnschienen und zahnärztliche Leistungen für die Zahnschienen-Therapie, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind, bis zu einem Höchstbetrag von 1.591 Euro sowie
- bis zu vier Retainer.

Dies setzt voraus, dass die Gegenstände bei unserem Kooperationspartner bezogen werden und bei der →versicherten Person eine Zahn-Fehlstellung aus den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) von 1 bis 5 festgestellt worden ist.

Die Aufwendungen für zahnärztliche und ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

Der Höchstbetrag nach Satz 1 gilt für die gesamten ersten 24 Monate der Versicherung. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil dieser Höchstbetrag überschritten worden ist.

2.2 Versicherungsschutz während der Monate 25 bis 36 der Versicherung

Während der Monate 25 bis 36 der Versicherung bieten wir Versicherungsschutz für die zahnmedizinische Versorgung nach den folgenden Regelungen.

2.2.1 Regelungen für alle versicherten Leistungen

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.2.1.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?**
- 2.2.1.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?**
- 2.2.1.3 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?**
- 2.2.1.4 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?**

2.2.1.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?

Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der versicherten Aufwendungen ist das Datum, an dem die →versicherte Person behandelt worden ist oder eine Leistung bezogen hat.

2.2.1.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?

Wenn nicht unsere vorherige →schriftliche Zusage nach Ziffer 2.2.1.3 erforderlich ist, kann die →versicherte Person unter folgenden Leistungserbringern frei wählen.

(1) Auswahl von Ärzten oder Zahnärzten

Die →versicherte Person hat die freie Wahl unter den niedergelassenen oder den in Krankenhaus-Ambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen, approbierten Ärzten und Zahnärzten.

(2) Auswahl von Krankenhäusern

Wenn eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig ist, kann die →versicherte Person unter allen öffentlichen und privaten Krankenhäusern frei wählen, die

- unter ständiger eigener ärztlicher Leitung stehen,
- über ausreichende eigene diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und
- Krankengeschichten führen.

2.2.1.3 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?

(1) Zusageerfordernis

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern, die auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen und die Voraussetzungen von Ziffer 2.2.1.2 Absatz 2 erfüllen, leisten wir nur, wenn wir vor Behandlungsbeginn eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

(2) Ausnahmen vom Zusageerfordernis

Vom Zusageerfordernis nach Absatz 1 gelten folgende Ausnahmen:

a) Notfallbehandlung oder stationäre Operation

Auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage berufen wir uns nicht, soweit eine sofortige stationäre Heilbehandlung der →versicherten Person wegen eines Notfalls (zum Beispiel akut lebensbedrohender Zustand) - auch bei Notfalleinweisung - medizinisch notwendig ist.

Unsere vorherige schriftliche Leistungszusage ist auch nicht erforderlich, wenn die versicherte Person medizinisch notwendig stationär operiert werden muss.

Unsere vorherige schriftliche Leistungszusage ist auch nicht erforderlich, wenn die versicherte Person medizinisch notwendig stationär operiert werden muss.

b) Akute Behandlung während des Aufenthalts

Auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage berufen wir uns auch nicht, soweit eine sofortige stationäre Heilbehandlung der →versicherten Person wegen einer akuten Erkrankung medizinisch notwendig ist, die während des Aufenthalts in dem Krankenhaus nach Absatz 1 eintritt und nicht mit dem ursprünglichen Behandlungszweck zusammenhängt.

c) Einziges geeignetes Krankenhaus in der Nähe zum Wohnsitz

Außerdem berufen wir uns auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage nicht, wenn das Krankenhaus nach Absatz 1 das einzige geeignete Krankenhaus mit Versorgungsauftrag für die akute stationäre Heilbehandlung im Umkreis von 20 Kilometern vom Wohnsitz der →versicherten Person ist.

2.2.1.4 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?

Wir leisten im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

2.2.2 Versicherte Leistungen

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.2.2.1 Was bedeuten die Begriffe "Gesamtaufwendungen" und "Restaufwendungen" im Sinne dieses Vertrags?**
- 2.2.2.2 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnersatz (einschließlich Suprakonstruktionen auf Implantaten) und Inlays?**
- 2.2.2.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Implantologie?**
- 2.2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Füllungen (mit Ausnahme von Inlays)?**
- 2.2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Parodontalbehandlung?**
- 2.2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Wurzelbehandlung?**
- 2.2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Prophylaxe (einschließlich Professioneller Zahnreinigung)?**
- 2.2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Kieferorthopädie?**
- 2.2.2.9 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir für die zahnmedizinische Versorgung (Zahntechnische Leistungen, Akupunktur sowie Verbandmaterialien und Arzneimittel)?**
- 2.2.2.10 Welcher Höchstbetrag gilt für alle versicherten Leistungen?**
- 2.2.2.11 In welchen Fällen empfehlen wir, einen Heil- und Kostenplan vorzulegen?**

Hier finden Sie Regelungen zu den versicherten Leistungen, wenn sich die →versicherte Person in Deutschland behandeln lässt.

Unsere Leistungspflicht bei Auslandsbehandlungen haben wir in Ziffer 2.3 festgelegt. Bitte sehen Sie im Bedarfsfall an dieser Stelle nach.

2.2.2.1 Was bedeuten die Begriffe "Gesamtaufwendungen" und "Restaufwendungen" im Sinne dieses Vertrags?

Wir verstehen unter

- "Gesamtaufwendungen" sämtliche Aufwendungen für die Behandlung der →versicherten Person, ohne eine Vorleistung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung zu berücksichtigen.
- "Restaufwendungen" die Aufwendungen, die nach Vorleistung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben.

2.2.2.2 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnersatz (einschließlich Suprakonstruktionen auf Implantaten) und Inlays?

Wir ersetzen die versicherten Aufwendungen bis zu dem nach Ziffer 2.2.2.10 vorgesehenen Höchstbetrag wie folgt:

Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen, die nach der jeweils gelten-

den Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für zahnärztliche und ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

(1) Erstattungsprozentsätze

a) Behandlungen im Rahmen der Regelversorgung

Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen für Behandlungen im Rahmen einer Regelversorgung nach § 55 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V). Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung für diese Aufwendungen rechnen wir jedoch durch Abzug in tatsächlicher Höhe an.

Das gilt nur für Behandlungen, für die keine privat Zahnärztliche Vergütung berechnet wird.

Wenn für die →versicherte Person gemäß § 53 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) ein Selbstbehalt getragen wird, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung.

b) Behandlungen außerhalb der Regelversorgung

aa) Unsere Leistungszusage (Grundsatz)

Wir ersetzen 90 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen für Behandlungen, die über eine Regelversorgung nach § 55 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) hinausgehen oder von dieser abweichen. Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung für diese Aufwendungen rechnen wir jedoch durch Abzug in tatsächlicher Höhe an.

Das gilt nur für Behandlungen, für die zumindest teilweise eine privat Zahnärztliche Vergütung berechnet wird.

Wenn für die →versicherte Person gemäß § 53 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) ein Selbstbehalt getragen wird, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung.

bb) Besonderheit: Pauschale Anrechnung

Wir ersetzen 90 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen abzüglich 40 Prozentpunkte, wenn eine dieser 3 Voraussetzungen erfüllt ist:

- Die deutsche gesetzliche Krankenversicherung leistet nicht, obwohl sie nach den geltenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) leistungspflichtig ist.
- Die deutsche gesetzliche Krankenversicherung leistet nicht, weil die →versicherte Person nicht in Deutschland behandelt worden ist.
- Die versicherte Person ist nicht bei einer Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB) versichert.

(2) Besonderer Nachweis über den Zuschuss der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung die Aufwendungen bezuschusst hat, müssen ergänzend zu Ziffer 3.2 Originalrechnungen oder Rechenkopien mit einer Bestätigung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung über die Höhe der erbrachten Zuschüsse vorgelegt werden.

(3) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

a) prothetische Leistungen, einschließlich Brücken, Stützkrone, Kronen, Teilkronen, Keramikverblendschalen (Veneers), Kunststoff- und Keramikverblendungen sowie auf Implantaten sitzendem Zahnersatz (Suprakonstruktionen),

b) die mit den Leistungen nach a) in Zusammenhang stehenden funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen (Gnathologie) einschließlich Aufbiss-Behelfen und Schienen,

c) Inlays (Einlagefüllungen) und

d) die mit den Leistungen nach a) bis c) im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.

2.2.2.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Implantologie?

Wir ersetzen die versicherten Aufwendungen bis zu dem nach Ziffer 2.2.2.10 vorgesehenen Höchstbetrag wie folgt:

Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für zahnärztliche und ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

(1) Erstattungsprozentsatz

Wir ersetzen 90 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

a) implantologische Leistungen,

b) die in diesem Zusammenhang anfallenden chirurgischen Leistungen, zum Beispiel der Aufbau des Kieferknochens, sowie

c) Vollnarkose im Zusammenhang mit den unter a) und b) aufgeführten Leistungen.

2.2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Füllungen (mit Ausnahme von Inlays)?

Wir ersetzen die versicherten Aufwendungen bis zu dem nach Ziffer 2.2.2.10 vorgesehenen Höchstbetrag wie folgt:

Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für zahnärztliche und ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

(1) Erstattungsprozentsätze

a) Unsere Leistungszusage bei Vorleistung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen. Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung für diese Aufwendungen rechnen wir jedoch durch Abzug in tatsächlicher Höhe an.

Wenn für die →versicherte Person gemäß § 53 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) ein Selbstbehalt getragen wird, gilt dieser als anrechenbare Leistung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung.

b) Unsere Leistungszusage, wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung nicht vorgeleistet hat

Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen, wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung nicht vorgeleistet hat.

Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen abzüglich 40 Prozentpunkte, wenn eine dieser 3 Voraussetzungen erfüllt ist:

- Die deutsche gesetzliche Krankenversicherung leistet nicht, obwohl sie nach den geltenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) leistungspflichtig ist.
- Die deutsche gesetzliche Krankenversicherung leistet nicht, weil die →versicherte Person nicht in Deutschland behandelt worden ist.
- Die versicherte Person ist nicht bei einer Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB) versichert.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- Kunststoff-Füllungen,
 - Komposit-Füllungen sowie
 - Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen,
- jedoch nicht für Inlays (Einlagefüllungen).

Unsere Leistungspflicht bei Inlays (Einlagefüllungen) ergibt sich aus Ziffer 2.2.2.2. Bitte sehen Sie im Bedarfsfall an dieser Stelle nach.

2.2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Parodontalbehandlung?

Wir ersetzen die versicherten Aufwendungen bis zu dem nach Ziffer 2.2.2.10 vorgesehenen Höchstbetrag wie folgt:

Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für zahnärztliche und ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

(1) Erstattungsprozentsätze

a) Unsere Leistungszusage bei Vorleistung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung durch die deutsche gesetzliche Krankenversicherung verbleiben (Restaufwendungen).

Dies setzt voraus, dass die deutsche gesetzliche Krankenversicherung für die systematische Parodontalbehandlung zumindest teilweise vorgeleistet hat.

Wenn für die →versicherte Person gemäß § 53 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) ein Selbstbehalt getragen wird, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung.

b) Unsere Leistungszusage, wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung nicht geleistet hat

Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen abzüglich 40 Prozentpunkte, wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung nicht für die systematische Parodontalbehandlung leistet.

Dies gilt unabhängig davon, ob die deutsche gesetzliche Krankenversicherung nach den geltenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) leistungspflichtig ist.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die systematische Behandlung von Parodontopathien im geschlossenen oder im offenen Verfahren.

Im geschlossenen Verfahren werden harte bakterielle Auflagerungen auf der Wurzeloberfläche unterhalb der Zahnfleischgrenze entfernt und die Wurzeln geglättet. Die systematische Behandlung im

offenen Verfahren erfolgt zum Beispiel als Lappenoperation oder offene Kürettage (jeweils auch mit Knochenmodellation).

2.2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Wurzelbehandlung?

Wir ersetzen die versicherten Aufwendungen bis zu dem nach Ziffer 2.2.2.10 vorgesehenen Höchstbetrag wie folgt:

Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für zahnärztliche und ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

(1) Erstattungsprozentsätze

a) Unsere Leistungszusage bei Vorleistung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung durch die deutsche gesetzliche Krankenversicherung verbleiben (Restaufwendungen).

Wenn für die →versicherte Person gemäß § 53 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) ein Selbstbehalt getragen wird, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung.

b) Unsere Leistungszusage, wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung nicht vorgeleistet hat

Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen, wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung nicht vorgeleistet hat.

Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen abzüglich 40 Prozentpunkte, wenn eine dieser 3 Voraussetzungen erfüllt ist:

- Die deutsche gesetzliche Krankenversicherung leistet nicht, obwohl sie nach den geltenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) leistungspflichtig ist.
- Die deutsche gesetzliche Krankenversicherung leistet nicht, weil die →versicherte Person nicht in Deutschland behandelt worden ist.
- Die versicherte Person ist nicht bei einer Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB) versichert.

Die geltenden Richtlinien sehen eine Leistungspflicht der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung insbesondere vor, wenn durch die Wurzelbehandlung eine geschlossene Zahnreihe erhalten werden kann.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- Wurzelkanal-Behandlungen und
- Wurzelspitzen-Resektionen.

2.2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Prophylaxe (einschließlich Professioneller Zahnreinigung)?

Wir ersetzen die versicherten Aufwendungen bis zu dem nach Ziffer 2.2.2.10 vorgesehenen Höchstbetrag wie folgt:

Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für zahnärztliche und ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

(1) Erstattungsprozentsatz

Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen

a) Aufwendungen für Prophylaxe

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Prophylaxe.

Prophylaxe ist die

- Professionelle Zahnreinigung,
- Erstellung des Mundhygienestatus,
- eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen,
- Kontrolle des Übungserfolgs sowie
- Fissurenversiegelung.

b) Begriffserläuterungen zu "Professionelle Zahnreinigung" und "Fissurenversiegelung"

Professionelle Zahnreinigung ist die

- Entfernung der Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen,
- Reinigung der Zahnzwischenräume,
- Entfernung des Biofilms,
- Oberflächenpolitur sowie
- Fluoridierung.

Fissurenversiegelung ist die Versiegelung mit aushärtenden Kunststoffen von kariesfreien Zahnfissuren.

(3) Versicherter Höchstbetrag

Der Ersatz von Aufwendungen für Prophylaxe ist auf höchstens 120 Euro pro →versicherte Person und 12 aufeinanderfolgende Monate begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

2.2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Kieferorthopädie?

Wir ersetzen die versicherten Aufwendungen bis zu dem nach Ziffer 2.2.2.10 vorgesehenen Höchstbetrag wie folgt:

Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für zahnärztliche und ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

(1) Kieferorthopädie für Personen bis zum 21. Geburtstag

a) Erstattungsprozentsätze

aa) Unsere Leistungszusage bei Vorleistung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Wir ersetzen 90 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung durch die deutsche gesetzliche Krankenversicherung verbleiben (Restaufwendungen).

Zu den anrechenbaren Vorleistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung zählen auch ein

- Selbstbehalt, der für die →versicherte Person gemäß § 53 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) getragen wird und
- der gemäß § 29 Absatz 2 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) getragene Eigenanteil. Dies gilt auch dann, wenn die →versicherte Person die Behandlung abgebrochen hat.

bb) Unsere Leistungszusage, wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung nicht vorgeleistet hat

Wir ersetzen 90 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen, wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung nicht

vorgeleistet hat (Kieferorthopädische Indikationsgruppen - KIG - 1 und 2).

Wir ersetzen 90 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen abzüglich 40 Prozentpunkte, wenn eine dieser 3 Voraussetzungen erfüllt ist:

- Die deutsche gesetzliche Krankenversicherung leistet nicht, obwohl sie nach den geltenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) leistungspflichtig ist (Kieferorthopädische Indikationsgruppen - KIG - 3 bis 5).
- Die deutsche gesetzliche Krankenversicherung leistet nicht, weil die →versicherte Person nicht in Deutschland behandelt worden ist.
- Die versicherte Person ist nicht bei einer Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB) versichert.

b) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen für →versicherte Personen, die noch nicht 21 Jahre alt sind.

c) Versicherter Höchstbetrag bei Unfall

Der Ersatz von Aufwendungen für Kieferorthopädie, die wegen eines Unfalls erforderlich wird, ist für Personen bis zum 21. Geburtstag auf höchstens 3.000 Euro pro →versicherte Person und Versicherungsfall begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

In allen anderen Fällen gelten die Regelungen zum Höchstbetrag nach Ziffer 2.2.2.10. Abs. 1 und 3.

(2) Kieferorthopädie für Personen, ab dem 21. Geburtstag (bei Unfall oder schwerer Erkrankung)

a) Erstattungsprozentsatz

Wir ersetzen 90 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen, wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung vorgeleistet hat. Die Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung für diese Aufwendungen rechnen wir jedoch durch Abzug in tatsächlicher Höhe an.

Wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung keine Vorleistungen erbringt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

b) Erstattungsfähige Aufwendungen

Wenn einer der zwei folgenden Fälle vorliegt, sind die Aufwendungen für Kieferorthopädie erstattungsfähig, auch wenn die versicherte Person bereits 21 Jahre oder älter ist:

aa) Unfall

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, die wegen eines Unfalls erforderlich werden.

Als Unfall gilt nicht, wenn durch Nahrungsaufnahme (zum Beispiel Biss auf einen Kirschkern) ein Schaden an den Zähnen verursacht wird.

bb) Schwere Erkrankung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, die wegen einer angeborenen Missbildung des Gesichts oder der Kiefer, einer skelettalen Dysgnathie oder einer verletzungsbedingten Kieferfehlstellung erforderlich sind. Weiter müssen diese Aufwendungen im Rahmen einer kombiniert kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung entstanden sein.

2.2.2.9 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir für die zahnmedizinische Versorgung (Zahntechnische Leistungen, Akupunktur sowie Verbandmaterialien und Arzneimittel)?

Wir ersetzen die versicherten Aufwendungen bis zu dem nach Ziffer 2.2.2.10 vorgesehenen Höchstbetrag wie folgt:

(1) Aufwendungen für zahntechnische Leistungen

Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir die Aufwendungen für zahntechnische Leistungen im

Rahmen der tariflichen Leistungszusage nach Ziffern 2.2.2.2 bis 2.2.2.8 wie die Aufwendungen für die Leistungen, in deren Zusammenhang sie erbracht worden sind.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die bundesweit üblichen Preise für zahntechnische Leistungen.

(2) Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel

Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir die Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel im Rahmen der tariflichen Leistungszusage nach Ziffern 2.2.2.2 bis 2.2.2.8 wie die Aufwendungen für die Leistungen, in deren Zusammenhang sie verordnet werden.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Verbandmaterialien und zugelassene Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes, wenn diese

- zur Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten medizinisch notwendig sind und
- von einem in Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind. Arzneimittel müssen außerdem aus der Apotheke bezogen worden sein.

Als Arzneimittel, auch wenn sie von einem Zahnarzt verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel, Nährstoffe, Nahrungsergänzungsmittel und Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, sowie kosmetische Präparate.

(3) Aufwendungen für Akupunktur

Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für zahnärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

a) Erstattungsprozentsatz

Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen.

b) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Akupunktur, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind. Die Akupunktur muss

- zur Schmerzausschaltung im Zusammenhang mit zahnärztlichen Behandlungen und
- durch einen Zahnarzt im Sinne von Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1 erbracht werden.

2.2.2.10 Welcher Höchstbetrag gilt für alle versicherten Leistungen?

(1) Höchstbetrag

Bei Aufwendungen nach Ziffern 2.2.2.2 bis 2.2.2.9 gilt für die →versicherte Person ein Erstattungshöchstbetrag von bis zu 900 Euro während der Monate 25 bis 36 der Versicherung.

Für Aufwendungen, die den Erstattungshöchstbetrag übersteigen, besteht kein Anspruch auf Aufwendungsersatz.

(2) Kein Erstattungshöchstbetrag bei unfallbedingten Behandlungen

Der Erstattungshöchstbetrag nach Absatz 1 gilt nicht für zahnärztliche Heilbehandlungen, die wegen eines Unfalls erforderlich werden. Als Unfall gilt nicht, wenn

- durch Nahrungsaufnahme (zum Beispiel Biss auf einen Kirschkern) ein Schaden an den Zähnen verursacht wird oder
- beim Reinigen herausnehmbaren Zahnersatzes ein Schaden entsteht.

Der Erstattungshöchstbetrag nach Ziffer 2.2.2.8 Absatz 1 c) bleibt unberührt.

(3) Anrechnung bisheriger Versicherungsdauer bei Tarifwechsel

Wenn die →versicherte Person von einem bei uns abgeschlossenen Tarif, der Leistungen für zahnärztliche Heilbehandlung beinhaltet, in den Tarif SN02 wechselt, wird die Versicherungsdauer im bisherigen Tarif auf die Dauer des ab Versicherungsbeginn geltenden Erstattungshöchstbetrags im Tarif SN02 angerechnet.

Die Leistungen, die nach bisherigen Tarifen erbracht worden sind, werden bei Aufwendungsersatz nach Tarif SN02 bis zu dem Erstattungshöchstbetrag angerechnet, der sich aus Satz 1 ergibt.

2.2.2.11 In welchen Fällen empfehlen wir, einen Heil- und Kostenplan vorzulegen?

Wir empfehlen, uns bei folgenden Leistungen einen Heil- und Kostenplan nach Befunderhebung einzureichen:

- Zahnersatz nach Ziffer 2.2.2.2,
- Inlays nach Ziffer 2.2.2.2,
- implantologischen Leistungen nach Ziffer 2.2.2.3 sowie
- kieferorthopädischen Leistungen nach Ziffer 2.2.2.8.

Wir informieren Sie unverzüglich über den Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen. Die Aufwendungen für die Erstellung des Heil- und Kostenplans ersetzen wir tarifgemäß.

2.3 Versicherte Leistungen im Ausland

Hier finden Sie Regelungen zu den versicherten Leistungen, wenn sich die →versicherte Person im Ausland aufhält und sich dort behandeln lässt.

Unsere Leistungspflicht bei Behandlungen in Deutschland ist in Ziffern 2.1 und 2.2.2 festgelegt.

2.3.1 Welche Geltung hat unsere Leistungszusage für Behandlungen im Ausland?

(1) Behandlungen innerhalb Europas

Nach diesem Tarif besteht Versicherungsschutz in allen europäischen Ländern. Unsere Leistungszusage nach Ziffer 2.3 gilt unabhängig davon ob die →versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt oder sich im Ausland nur vorübergehend aufhält.

(2) Behandlungen außerhalb Europas

Wenn die →versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb Europas verlegt, besteht kein Versicherungsschutz. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt außerhalb Europas (etwa eine Reise) gilt unsere Leistungszusage nach Ziffer 2.3 unter folgenden Maßgaben:

a) Dauer des Versicherungsschutzes (Grundsatz)

Während eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz nach diesem Tarif für insgesamt 2 Monate. Der Versicherungsschutz kann durch Vereinbarung darüber hinaus verlängert werden.

b) Ausnahme bei Gesundheitsgefahr durch Rückreise

Wenn es medizinisch notwendig ist, die →versicherte Person über die ersten 2 Monate hinaus medizinisch zu behandeln, besteht Versicherungsschutz, solange eine Rückreise ihre Gesundheit gefährden würde.

(3) Krankheiten zu Beginn des Auslandsaufenthalts

Wir erbringen die Tarifleistungen auch bei Krankheiten (einschließlich chronischer Erkrankungen) oder Unfallfolgen, die bereits zu Beginn des Auslandsaufenthalts bestehen. Das gilt auch dann, wenn im Ausland eine erhebliche Verschlimmerung des Gesundheitszustands eintritt.

2.3.2 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei Behandlungen im Ausland?

Wenn nach Ziffer 2.3.1 Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalt besteht, ersetzen wir die Aufwendungen, welche nach Zif-

fern 2.1 und 2.2.2 auch für Behandlungen innerhalb Deutschlands versichert sind.

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen zu den Prozentsätzen, die nach Ziffern 2.1 und 2.2.2 für Behandlungen in Deutschland vereinbart sind.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die im Ausland ortsüblichen Kosten, jedoch nicht mehr als der Betrag, der bei einer Behandlung in Deutschland angefallen wäre.

Es gelten damit die Begrenzungen unserer Leistungspflicht nach Ziffer 2.1, nach Ziffer 2.2.2 auf die Gebührensätze nach den jeweils geltenden Gebührenordnungen sowie die Höchstbeträge nach Ziffern 2.1.3 und 2.2.2.10.

3. Fälligkeit und Abrechnung unserer Leistungen, Ihr besonderer Auskunftsanspruch und das Recht auf Offenlegung

Inhalt dieses Abschnitts:

- 3.1 Wann werden unsere Leistungen fällig?**
- 3.2 Welche Nachweise sind erforderlich?**
- 3.3 An wen können wir die Leistung erbringen?**
- 3.4 Wie rechnen wir in ausländischer Währung entstandene Kosten um?**
- 3.5 Was gilt für Überweisungs- und Übersetzungskosten?**
- 3.6 Welches Recht auf vorherige Auskunft haben Sie, wenn eine Behandlung mit höheren Kosten verbunden ist?**
- 3.7 Welches Recht auf Offenlegung besteht bei Gutachten und Stellungnahmen und wer muss solche Unterlagen bezahlen?**

3.1 Wann werden unsere Leistungen fällig?

(1) Fälligkeit unserer Leistungen

Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dies setzt voraus, dass uns die hierzu erforderlichen Nachweise (siehe Ziffer 3.2) vorliegen. Diese werden unser Eigentum.

(2) Ihr Anspruch auf Abschlagszahlung bei Geldleistungen

Wenn unsere Erhebungen nicht innerhalb eines Monats nach Anzeige des Versicherungsfalls abgeschlossen sind, können Sie Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den wir voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Verzögern sich jedoch unsere Erhebungen durch Ihr Verschulden, verlängert sich die Monatsfrist entsprechend.

3.2 Welche Nachweise sind erforderlich?

(1) Nachweise

Nachweise im Sinne von Ziffer 3.1 Absatz 1 sind insbesondere Originalrechnungen. Die Rechnungen - auch unbezahlte - müssen als Original erkennbar sein, den gesetzlichen Vorschriften entsprechen und insbesondere folgende Angaben enthalten:

- Name der behandelten Person,
- Bezeichnung der Krankheit,
- Art der Leistungen und
- die Behandlungs- oder die Bezugsdaten.

(2) Nachweise bei anderweitigem Leistungsanspruch

Besteht anderweitig ein Leistungsanspruch für denselben Versicherungsfall und wird dieser zuerst geltend gemacht, so genügen als Nachweis mit Erstattungsvermerken versehene Rechnungskopien.

3.3 An wen können wir die Leistung erbringen?

Wir leisten an Sie oder denjenigen, der die erforderlichen Nachweise einreicht. Wenn wir begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers haben, werden wir nur an Sie leisten.

3.4 Wie rechnen wir in ausländischer Währung entstandene Kosten um?

In ausländischer Währung entstandene Kosten rechnen wir zum Kurs desjenigen Tages in Euro um, an dem die Belege bei uns eingehen. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank.

Bei Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt Folgendes:

- Wir rechnen die Kosten zum jeweils aktuellen Kurs gemäß "Devisenkursstatistik" (Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank) in Euro um.
- Wenn die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben worden sind und dies durch Bankbeleg nachgewiesen wird, werden die Kosten zu diesem Kurs in Euro umgerechnet.

3.5 Was gilt für Überweisungs- und Übersetzungskosten?

Die Überweisung der Versicherungsleistungen ist für Sie kostenfrei, wenn Sie uns ein Inlandskonto benennen. Die Kosten für Überweisungen auf Konten im Ausland sowie für die Übersetzung von Rechnungen und Bescheinigungen können von den Leistungen abgezogen werden.

3.6 Welches Recht auf vorherige Auskunft haben Sie, wenn eine Behandlung mit höheren Kosten verbunden ist?

Wenn eine Heilbehandlung bevorsteht, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro übersteigen werden, gilt Folgendes:

(1) Ihr Recht auf schriftliche Auskunft

Sie erhalten von uns Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung.

Sie können die Auskunft vor Beginn der Behandlung verlangen. Wir geben Ihnen diese in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) und begründen sie. Wenn wir zu der Behandlung einen Kostenvoranschlag oder andere Unterlagen erhalten haben, gehen wir in unserer Auskunft auch darauf ein.

Grundsätzlich informieren wir Sie spätestens nach 4 Wochen. Wenn die Heilbehandlung aber dringend durchgeführt werden muss, geben wir Ihnen die Auskunft unverzüglich - jedoch spätestens nach 2 Wochen. Diese Fristen beginnen jeweils, sobald Ihre Anfrage bei uns eingegangen ist.

(2) Unser Fristversäumnis

Wir setzen alles daran, Ihnen die Auskunft innerhalb der Fristen nach Absatz 1 zu geben. Wenn uns das einmal nicht gelingt und wir die 2- oder 4-wöchige Frist nicht einhalten, wird vermutet, dass die beabsichtigte Heilbehandlung medizinisch notwendig ist. Das gilt so lange, bis wir beweisen, dass die Heilbehandlung nicht medizinisch notwendig ist.

3.7 Welches Recht auf Offenlegung besteht bei Gutachten und Stellungnahmen und wer muss solche Unterlagen bezahlen?

(1) Recht auf Auskunft und Einsichtnahme (Offenlegung)

Wir legen Gutachten und Stellungnahmen (Unterlagen) offen. Die Offenlegung erfolgt durch Auskunft an und Einsichtnahme durch die berechtigte Person (siehe dazu Absatz 2).

Die Offenlegung setzt voraus, dass wir die Unterlage eingeholt haben, weil wir unsere Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung prüfen.

(2) Berechtigte Personen

Die Offenlegung kann nur von Ihnen geltend gemacht werden. An ihrer Stelle kann dies auch ihr gesetzlicher Vertreter verlangen.

Unter dieser Voraussetzung legen wir folgenden Personen die Unterlage offen:

- Ihnen oder Ihrem gesetzlichen Vertreter. Das gilt nicht, wenn dieser Offenlegung erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen.
- einem uns benannten Arzt oder Rechtsanwalt.

(3) Unsere Kostentragung

Wenn wir die Unterlage selbst einholen, tragen wir die Kosten. Wenn Sie das Gutachten oder die Stellungnahme eingeholt haben, weil wir das verlangt haben, ersetzen wir Ihnen die dafür entstandenen Aufwendungen.

4. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

4.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht

a) für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen, die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind.

Wir leisten dennoch, wenn Sie außerhalb Deutschlands vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht werden und objektiv aus Gründen, die Sie nicht zu vertreten haben, am Verlassen des betroffenen Gebiets verhindert sind.

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.

b) für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden sind.

c) für Krankheiten und Unfälle, die Sie bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt haben, einschließlich deren Folgen.

d) wenn die Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, in Krankenhäusern oder in medizinischen Versorgungszentren durchgeführt wird, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund vom Aufwandsersatz ausgeschlossen haben. Dies setzt voraus, dass wir Sie vor Eintritt des Versicherungsfalles über den Leistungsausschluss benachrichtigt haben. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein →schwebender Versicherungsfall vorliegt, sind wir nicht leistungspflichtig für die Aufwendungen, die nach Ablauf von 3 Monaten seit der Benachrichtigung entstanden sind.

e) für Behandlungen durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten und Auslagen ersetzen wir tarifgemäß.

f) für Zuzahlungen im Sinne von § 61 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V).

g) für im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Leistungen stehende Material- und Laborkosten, die mit den Gebühren der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) oder mit den Leistungen abgegolten sind, die im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung berechnet werden.

4.2 In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

(1) Unser Recht zur Herabsetzung unserer Leistungen

Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen,

- wenn eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart worden sind, das medizinisch notwendige Maß übersteigt oder
- wenn für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder für sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart worden sind, eine unangemessen hohe Vergütung berechnet wird.

(2) Bemessungskriterien zur Bestimmung der angemessenen Vergütung

Aufwendungen nach

- der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und
- der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

sind nur angemessen, wenn sie nach den dort festgelegten Bemessungskriterien medizinisch gerechtfertigt sind.

Andere Aufwendungen für Behandlung in Deutschland gelten als angemessen, wenn sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen. Aufwendungen für Behandlung im Ausland (siehe dazu Ziffer 2.3) gelten als angemessen, wenn sie das dort ortsübliche Maß, jedoch maximal das in Deutschland übliche Maß, nicht übersteigen.

5. Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten

Wie hoch ist die Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten?

Wenn die →versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete hat, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

6. Nachrangige Leistungspflicht bei Ansprüchen gegen gesetzliche Leistungsträger

Wie ist das Rangverhältnis, wenn auch gesetzliche Leistungsträger in Anspruch genommen werden können?

(1) Nachrangige Leistungspflicht

Wenn die →versicherte Person im Versicherungsfall

- Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung,
 - Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder Rentenversicherung,
 - Heilfürsorge und Unfallfürsorge
- beanspruchen kann, gehen diese Ansprüche unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz dieser gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

(2) Pflicht zur Abtretung des Anspruchs

Wenn wir in Vorleistung treten, ist der Leistungsanspruch gegen den gesetzlichen Leistungsträger an uns →schriftlich abzutreten. Diese Verpflichtung besteht bis zur Höhe der von uns geleisteten Erstattung.

Teil B - Ihre Pflichten

Hier finden Sie Regelungen zu den mit der Versicherung verbundenen Pflichten und Verhaltensregeln (Obliegenheiten) sowie die Folgen bei deren Verletzung.

1. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung

Inhalt dieses Abschnitts:

- 1.1 Woraus ergibt sich der zu zahlende Beitrag?**
- 1.2 Wie wird der Beitrag berechnet?**
- 1.3 Wird eine Alterungsrückstellung gebildet?**
- 1.4 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?**

1.1 Woraus ergibt sich der zu zahlende Beitrag?

Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

1.2 Wie wird der Beitrag berechnet?

Die Beiträge werden nach den in unseren →technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen berechnet.

1.3 Wird eine Alterungsrückstellung gebildet?

Die Beiträge für den Tarif SmileNow enthalten keine Anteile für die Bildung einer →Alterungsrückstellung.

1.4 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Zahlungsperiode

Die Beiträge für die Versicherung müssen als laufende Monatsbeiträge gezahlt werden.

(2) Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

a) Erster Beitrag

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrags zu zahlen. Wenn Sie mit uns vereinbart haben, dass die Versicherung erst später beginnen soll, wird der Beitrag erst zu diesem Zeitpunkt fällig.

b) Folgebeiträge

Die Folgebeiträge sind jeweils am Monatsersten fällig, wenn nichts anderes vereinbart ist.

(3) Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn Sie bei Fälligkeit unverzüglich alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht.

Wenn vereinbart ist, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), ist die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn

- wir den Beitrag bei Fälligkeit einziehen können und
- der Kontoinhaber einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies nicht zu vertreten haben, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich erfolgt, nachdem wir Sie in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zur Zahlung aufgefordert haben.

(4) Besondere Pflicht bei Zahlung im Lastschriftverfahren

Wenn vereinbart ist, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), muss uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt werden. Wir können verlangen, dass dieses in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) erteilt wird.

(5) Übermittlungsrisiko

Die Übermittlung des Beitrags erfolgt auf Ihre Gefahr und Kosten.

(6) Berechnung des Tagesbeitrags

Wenn uns der Beitrag nur anteilig zusteht, gilt als Tagesbeitrag jeweils 1/30 des zu zahlenden Monatsbeitrags. Bei der Berechnung des Tagesbeitrags wird jeweils auf volle Cent aufgerundet.

2. Obliegenheiten

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.1 Welche Obliegenheiten müssen nach Eintritt des Versicherungsfalls beachtet werden?**
- 2.2 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?**
- 2.3 Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zugerechnet?**

2.1 Welche Obliegenheiten müssen nach Eintritt des Versicherungsfalls beachtet werden?

Nach Eintritt des Versicherungsfalls müssen folgende →Obliegenheiten beachtet werden:

(1) Erteilung von Auskünften

Sie sind verpflichtet, uns auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die erforderlich ist, um festzustellen,

- ob ein Versicherungsfall vorliegt oder
- ob wir leistungspflichtig und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind.

(2) Ärztliche Untersuchung

Sie sind verpflichtet, sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(3) Schadenminderung

Sie haben nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(4) Unterrichtung bei anderweitigem Versicherungsschutz

Wenn Sie bei einem anderen Versicherer eine weitere Krankheitskosten-Versicherung mit Anspruch auf Aufwendungsersatz für zahnärztliche Leistungen (Zahnbehandlung oder Zahnersatz) abschließen, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen. In der Mitteilung ist der andere Versicherer anzugeben.

2.2 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

Wenn Sie eine →Obliegenheit verletzen, kann dies dazu führen, dass wir nicht oder nur teilweise leistungspflichtig sind. Im Einzelnen gilt:

- Wenn Sie die Obliegenheit vorsätzlich verletzen, sind wir nicht leistungspflichtig.
- Wenn Sie die Obliegenheit grob fahrlässig verletzen, sind wir berechtigt, die Versicherungsleistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere des Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

Auch im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit bleiben wir insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
 - noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht
- ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

2.3 Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zugerechnet?

Die Kenntnis und das Verhalten der →versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich. Die →Obliegenheiten müssen deshalb nicht nur von Ihnen erfüllt werden, sondern auch von der versicherten Person.

3. Übergang von Ansprüchen gegen Dritte auf uns

Unter welchen Voraussetzungen gehen Ansprüche gegen Dritte auf uns über und welche Obliegenheiten müssen dabei beachtet werden?

(1) Übergang von Ersatzansprüchen

Wenn Ihnen ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zusteht, geht dieser Anspruch bis zu der Höhe auf uns über, in der wir den Schaden ersetzen. Der Übergang kann nicht zu Ihrem Nachteil geltend gemacht werden.

Wenn sich Ihr Ersatzanspruch gegen eine Person richtet, mit der Sie bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft leben, können wir den übergegangenen Anspruch gegen diese Person nur geltend machen, wenn sie den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

(2) Ihre Obliegenheiten im Zusammenhang mit Ersatzansprüchen

Sie müssen einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften wahren. Das bedeutet beispielsweise, dass Sie über den Anspruch oder ein ihn sicherndes Recht nicht durch Abtretung, Verzicht, Erlass oder Vergleich verfügen dürfen. Auch dürfen Sie die Realisierung des Anspruchs nicht durch bloßes Untätigbleiben verhindern.

Nachdem der Anspruch auf uns übergegangen ist, müssen Sie uns ferner bei der Durchsetzung des Anspruchs unterstützen, soweit dies erforderlich ist.

(3) Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Abweichend von Ziffer 2.2 gilt bei Verletzung der →Obliegenheiten nach Absatz 2 Folgendes:

Wenn Sie die genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet, als wir aufgrund Ihrer Obliegenheitsverletzung von dem Dritten keinen Ersatz erlangen können.

Wenn Sie die genannten Obliegenheiten grob fahrlässig verletzen und wir deshalb von dem Dritten keinen Ersatz verlangen können, sind wir berechtigt, unsere Leistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere Ihres Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

(4) Übergang von Bereicherungsansprüchen

Wenn Sie an einen Leistungserbringer

- ohne rechtlichen Grund eine Vergütung gezahlt haben und
- Ihnen deshalb gegen den Leistungserbringer ein Anspruch auf Rückzahlung zusteht,

geht dieser Anspruch insoweit auf uns über, als wir diese Vergütung ersetzt haben. Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

(5) Ansprüche der versicherten Person

Die Absätze 1 bis 4 gelten entsprechend, wenn die Ersatzansprüche oder die Bereicherungsansprüche der →versicherten Person zustehen

Teil C - Allgemeine Regelungen

Hier befindet sich die Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie finden hier außerdem die Regelungen für die Anpassung von Versicherungsbedingungen sowie allgemeine Regelungen zur Durchführung des Versicherungsvertrags.

Hier ist - ganz wichtig - auch geregelt, wie die versicherte Person zum Ende dieses Vertrags in einer anderen Zahn-Zusatzversicherung versichert wird.

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Inhalt dieses Abschnitts:

- 1.1 Wann beginnt der Versicherungsschutz?**
- 1.2 Gelten Wartezeiten?**

1.1 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt. Dieser Termin ergibt sich aus dem Versicherungsschein.

1.2 Gelten Wartezeiten?

Wartezeiten bestehen nicht.

2. Unser Recht zur Anpassung von Versicherungsbedingungen

Unter welchen Voraussetzungen können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

(1) Anpassung mit Zustimmung des Treuhänders

Wir sind berechtigt, die jeweils betroffenen Versicherungsbedingungen anzupassen, wenn sich die Verhältnisse des Gesundheitswesens nicht nur vorübergehend ändern. Hierzu gehören insbesondere Änderungen von gesetzlichen Vorschriften, auf denen einzelne Regelungen des Vertrags beruhen. Auch veränderte Preise fallen darunter.

Eine Anpassung von Bedingungen ist nur zulässig, wenn

- sie zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder
- 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 und ein unabhängiger →Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

(2) Ersetzen der Versicherungsbedingungen

Die Versicherungsbedingungen einschließlich der zugehörigen Preis- und Leistungsverzeichnisse können nach § 203 Absatz 4 in Verbindung mit § 164 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) durch neue Regelungen ersetzt werden.

(3) Wirksamwerden der Änderungen

Wir werden Sie über eine Anpassung nach Absatz 1 in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) informieren. Die Anpassung wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf diese Information folgt.

Wir werden Sie über eine Ersetzung nach Absatz 2 ebenfalls in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) informieren. Die Ersetzung wird 2 Wochen nach dieser Information wirksam.

3. Ihr Recht zur Kindernachversicherung

Welche Besonderheiten gelten für die Nachversicherung von Kindern?

(1) Nachversicherung von leiblichen Kindern

Wir versichern Neugeborene ohne Risikozuschläge und ohne Leistungsausschlüsse, wenn

- ein Elternteil am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert war und
- die Versicherung für das Neugeborene spätestens 2 Monate nach der Geburt rückwirkend zum Tag der Geburt angemeldet wird.

Der Versicherungsschutz des Neugeborenen darf nicht höher oder umfassender sein als der eines versicherten Elternteils.

Wenn die Versicherung des Neugeborenen nach den Sätzen 1 und 2 erfolgt, besteht ab Geburt Versicherungsschutz nach den für das Neugeborene abgeschlossenen Krankheitskosten-Tarifen auch für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Geburtsschäden oder angeborener Krankheiten.

(2) Nachversicherung von Adoptivkindern

Wir versichern Adoptivkinder, die zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig sind, ohne Leistungsausschlüsse, wenn

- ein Elternteil am Tag der Adoption mindestens 3 Monate bei uns versichert war und
- die Versicherung für das Adoptivkind spätestens 2 Monate nach der Adoption rückwirkend zum Tag der Adoption angemeldet wird.

Der Versicherungsschutz des Adoptivkindes darf nicht höher oder umfassender sein als der eines versicherten Elternteils. Für ein erhöhtes Risiko können wir nach unseren für die Risikobewertung maßgeblichen Grundsätzen einen angemessenen Risikozuschlag in Höhe von bis zu 100 Prozent des zu zahlenden Beitrags verlangen.

4. Ende des Versicherungsvertrags und des Versicherungsschutzes

Inhalt dieses Abschnitts:

- 4.1 Welche Vertragsdauer ist vereinbart?**
- 4.2 Welche Kündigungsrechte haben Sie?**
- 4.3 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?**
- 4.4 In welchen Fällen endet der Versicherungsvertrag außerdem?**
- 4.5 Wann endet der Versicherungsschutz?**

4.1 Welche Vertragsdauer ist vereinbart?

(1) Mindestversicherungsdauer

Es gilt eine →Mindestversicherungsdauer von 24 Monaten. Die Mindestversicherungsdauer beginnt mit dem für die →versicherte Person vereinbarten Versicherungsbeginn. Dieser Termin ergibt sich aus dem Versicherungsschein.

(2) Beendigung nach Zeitablauf

Der Tarif endet mit Ablauf der Höchstversicherungsdauer von 36 Monaten. Die Höchstversicherungsdauer beginnt mit dem für die →versicherte Person vereinbarten Versicherungsbeginn. Dieser Termin ergibt sich aus dem Versicherungsschein.

4.2 Welche Kündigungsrechte haben Sie?

(1) Allgemeine Voraussetzungen

Jede Kündigungserklärung bedarf der Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail).

(2) Ordentliche Kündigung

Sie können den Tarif frühestens zum Ablauf der nach Ziffer 4.1 Absatz 1 vereinbarten Mindestversicherungsdauer von 24 Monaten mit einer Frist von 3 Monaten kündigen. Danach können Sie zum Ende des 36. Monats mit einer Frist von 3 Monaten kündigen.

(3) Sonderkündigung

Wenn Ihre Versicherung bei einer Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB) endet, haben Sie ab dem Monat 25 dieser Versicherung folgendes Kündigungsrecht:

- Sie können diesen Tarif innerhalb von 3 Monaten nach dem Ende der Versicherung bei der Krankenkasse zum Ende der gesetzlichen Krankenversicherung kündigen, aber frühestens zum Ende des Monats 24 dieser Versicherung.

Sie müssen Leistungen, die Sie für die Zeit nach Beendigung dieses Tarifs von uns erhalten haben, an uns zurückzahlen. Wir müssen Ihnen Beiträge, die wir für die Zeit nach Beendigung dieses Tarifs erhalten haben, an Sie zurückzahlen.

4.3 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?

(1) Ordentliches Kündigungsrecht

Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht.

(2) Außerordentliches Kündigungsrecht

Die gesetzlichen Vorschriften über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

4.4 In welchen Fällen endet der Versicherungsvertrag außerdem?

Der Tarif endet mit Ablauf des Tages, an dem Sie sterben.

4.5 Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz nach diesem Tarif endet für die →versicherte Person - auch für →schwebende Versicherungsfälle - zu dem Zeitpunkt, zu dem der Tarif endet.

5. Deutsches Recht

Welches Recht gilt für den Versicherungsvertrag?

Für den Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

6. Beschwerdemöglichkeiten

Welche Beschwerdemöglichkeiten gibt es?

Ihnen stehen die nachfolgend genannten Beschwerdemöglichkeiten zur Verfügung:

(1) Beschwerde bei uns oder Ihrem Vermittler

Sollten Sie nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte gerne an uns. Weitere Informationen hierzu sowie Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter www.allianz.de/service/beschwerde/. Sie können Ihre Beschwerde auch an Ihren Versicherungsvermittler richten.

(2) Beschwerde beim Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Sie haben auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung durchzuführen (Anschrift: Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, Website: www.pkv-ombudsmann.de). Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dieser Schlichtungsstelle teil. An den Ombudsmann können sich Versicherungsnehmer und Versicherte mit Beschwerden über ihren privaten Kranken- und Pflegeversicherer oder Beschwerden über den Versicherungsvermittler im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen wenden. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen Schlichtungsvorschlag.

Sofern Sie als Verbraucher den Versicherungsvertrag auf elektronischem Wege (z.B. über eine Website oder via E-Mail) geschlossen haben, können Sie für Ihre Beschwerde auch die von der Europäischen Kommission eingerichtete Online-Streitbeilegungsplattform (Website: www.ec.europa.eu/consumers/odr/) nutzen. Ihre Beschwerde wird von dort an den Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

(3) Beschwerde bei der Versicherungsaufsicht

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de, Website: www.bafin.de. Im Fall einer Beschwerde können Sie sich auch an diese wenden.

(4) Rechtsweg

Unabhängig von der Beschwerde haben Sie immer auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

7. Zuständiges Gericht

Wo können Sie oder wir Ansprüche gerichtlich geltend machen?

(1) Zuständiges Gericht für Ihre Klagen

Sie können aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung bei dem Gericht Klage erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die den Versicherungsvertrag verwaltet.

Alternativ können Sie bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Wenn nach dem Gesetz weitere Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

(2) Zuständiges Gericht für unsere Klagen

Wir können aus dem Versicherungsvertrag bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung weder Ihr Wohnsitz noch Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort bekannt sind, können wir Klage bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die den Versicherungsvertrag verwaltet.

(3) Wohnsitz außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz

Wenn Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegen, können sowohl Sie als auch wir Klage aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

(4) Schädigendes Ereignis im Ausland

Wenn Sie bei Vertragsabschluss Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben und ein versichertes schädigendes Ereignis im Ausland eintritt, können Klagen in diesem Zusammenhang ausschließlich vor einem deutschen Gericht erhoben werden.

Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben, ergeben sich die zuständigen deutschen Gerichte aus den Absätzen 1 und 2.

Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz nicht in Deutschland haben, können Klagen bei dem Gericht erhoben werden, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

Wenn nach dem Gesetz weitere deutsche Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

8. Verjährung

Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?

(1) Verjährungsfrist und maßgebliche gesetzliche Regelungen
Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren gemäß § 195 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in 3 Jahren. Einzelheiten zu Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung sind in §§ 195 bis 213 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) geregelt.

(2) Hemmung der Verjährung während unserer Leistungsprüfung

Wenn ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet wurde, ist dessen Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen oder dem Anspruchsteller unsere Entscheidung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zugeht.

9. Aufrechnung

Was gilt bei Aufrechnung uns gegenüber?

Gegen unsere Forderungen kann nur aufgerechnet werden, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

10. Übertragung vertraglicher Ansprüche an Dritte

Können Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte übertragen werden?

(1) Unpfändbarkeit von Zahlungsansprüchen

Ansprüche auf Versicherungsleistungen in Geld sind nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften nicht pfändbar.

(2) Pflicht, uns eine Abtretung anzuzeigen

Sofern eine Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte erfolgt, müssen Sie uns dies unverzüglich anzeigen.

Es ist auch ausreichend, wenn der Abtretungsgläubiger uns die Abtretungsurkunde vorlegt. Abtretungsgläubiger ist die Person, die durch die Abtretung die Forderung auf Versicherungsleistungen erhalten hat. Wir benötigen regelmäßig nicht das Original der Abtretungsurkunde. Vielmehr reicht grundsätzlich etwa eine Kopie, Zweitschrift, ein Scan oder ein Foto von der Urkunde aus.

Solange uns die Abtretung nicht in einer dieser beiden Alternativen angezeigt worden ist, müssen wir nicht an den Abtretungsgläubiger leisten. In diesem Fall können wir die Forderung weiterhin erfüllen, indem wir an Sie leisten.

Diese Vorgaben und Rechtsfolgen ergeben sich aus dem Gesetz. Sie haben keinen Einfluss auf die rechtliche Zulässigkeit oder Wirksamkeit der Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte.

(3) Kooperationspartner

Die Vereinbarung der Direktabrechnung mit dem Kooperationspartner müssen Sie uns nicht anzeigen. Absatz 2 gilt insoweit nicht.

11. Ganz wichtig: Andere Zahn-Zusatzversicherung nach der Höchstversicherungsdauer

Wie bieten wir Ihnen den Abschluss einer Zahn-Zusatzversicherung für die Zeit nach Ablauf dieses Tarifs an?

Der Vertrag über den Tarif SN02 ist pro →versicherte Person auf die Höchstversicherungsdauer von 36 Monaten befristet (bitte vergleichen Sie dazu Ziffer 4.1 Absatz 2).

Wir werden Ihnen für die Zeit nach Ablauf der Höchstversicherungsdauer den Abschluss einer anderen Zahn-Zusatzversicherung für die versicherte Person anbieten. Dafür gelten diese Regelungen:

(1) Zeitpunkt unseres Angebots

Wir werden Ihnen das Angebot auf Abschluss der anderen Zahn-Zusatzversicherung 2 Monate vor Ablauf der Höchstversicherungsdauer von 36 Monaten zusenden.

(2) Unterlagen, die wir Ihnen zusenden

Wir werden Ihnen unser Angebot und weitere Unterlagen in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zusenden. Weitere Unterlagen sind:

- die allgemeinen Versicherungsbedingungen für die andere Zahn-Zusatzversicherung und
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten für die andere Zahn-Zusatzversicherung.

(3) Ihre Annahme (auch schweigend möglich) oder Ihre Ablehnung

Sie können unser Angebot bis zum Ablauf der Höchstversicherungsdauer des Tarifs SN02 von 36 Monaten in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) annehmen oder ablehnen. Wenn Sie Ihr Ablehnungsrecht nicht ausüben, gilt Ihre Annahme als erteilt (schweigende Annahme). Auf diese Genehmigungswirkung werden wir Sie in unserem Angebot besonders hinweisen.

(4) Beginn der anderen Zahn-Zusatzversicherung

Wenn Sie unser Angebot ausdrücklich oder schweigend angenommen haben, beginnt die andere Zahn-Zusatzversicherung mit Beginn des Monats, der auf den Ablauf der Höchstversicherungsdauer von 36 Monaten folgt. Zur Berechnung der Höchstversicherungsdauer vergleichen Sie bitte Ziffer 4.1 Absatz 2.

(5) Begriffserläuterung "Zahn-Zusatzversicherung" und erworbene Rechte aus diesem Vertrag

Eine Zahn-Zusatzversicherung im Sinne der obenstehenden Regelungen ist eine Krankheitskosten-Versicherung, deren Versicherungsschutz den Leistungsbereich Zahnbehandlung oder den Leistungsbereich Zahnersatz umfasst.

Wenn für die →versicherte Person nach den obenstehenden Regelungen eine andere Zahn-Zusatzversicherung abgeschlossen wird, werden für sie in der anderen Zahn-Zusatzversicherung die Rechte angerechnet, die sie in der Versicherung nach Tarif SN02 erworben hat.

Diese Anrechnung nehmen wir in entsprechender Anwendung von § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vor. Das bedeutet vor allem, dass für die versicherte Person nicht eine Wartezeit nach der neuen Zahn-Zusatzversicherung gilt und auch keine neue →Risikoprüfung erforderlich ist.

Erläuterung von Fachausdrücken

Hier erläutern wir Ihnen Fachausdrücke, die wir in den Versicherungsbedingungen für den Tarif SN02 verwenden.

Alterungsrückstellung.

Die Beiträge für diesen Tarif enthalten keine Anteile für die Bildung einer Alterungsrückstellung. Bei anderen Krankenversicherungen ist das aber von Gesetzes wegen der Fall. Bei diesen Versicherungen werden die Beiträge in den ersten Jahren höher als der aktuelle Risikobeitrag kalkuliert (Ansparphase). In dem Umfang, in dem eine Alterungsrückstellung in der Ansparphase angesammelt worden ist, wird in den späteren Jahren, in denen der Beitrag geringer als der erforderliche Risikobeitrag ist, der Fehlbetrag aus der Alterungsrückstellung genommen (Entsparphase). In diesem Umfang sind Beitragserhöhungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ausgeschlossen.

Mindestversicherungsdauer.

Während dieser Zeit ist für beide Vertragsparteien eine ordentliche Kündigung vertraglich ausgeschlossen.

Obliegenheit.

Es handelt sich um eine verhaltensbezogene Pflicht des Versicherten, die vertraglich vereinbart wird. Bei einer Verletzung dieser Pflicht treten nachteilige Folgen ein, die an § 28 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) anknüpfen und in den Versicherungsbedingungen beschrieben sind.

Risikoprüfung.

Sie dient vor allem einer realistischen Einschätzung des zu versichernden Risikos. Es werden die Umstände geprüft, die nach unseren Erkenntnissen für die Übernahme und finanzielle Bewertung des Risikos maßgeblich sind.

schriftlich.

Die Erklärung muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeigneten Weise abgegeben sein. Hierfür kommen zum Beispiel Brief, Fax oder E-Mail in Betracht. Es müssen die Person des Erklärenden genannt und der Abschluss der Erklärung erkennbar gemacht sein.

schwebender Versicherungsfall.

Ein schwebender Versicherungsfall liegt vor, wenn ein Versicherungsfall eingetreten, aber noch nicht beendet ist.

technische Berechnungsgrundlagen.

Ein Sammelbegriff für die Gesamtheit aller Unterlagen und Daten, die wir der Beitragskalkulation zugrunde legen.

Treuhänder.

Die Einbindung eines Treuhänders ist gesetzlich vorgeschrieben. Besondere Bedeutung haben Treuhänder, wenn es um eine erforderliche Vertragsänderung (wie die Anpassung von Versicherungsbedingungen oder Beiträgen) geht. Zum Treuhänder kann nur bestellt werden, wer fachlich geeignet und vom Versicherungsunternehmen unabhängig ist. Der Treuhänder ist gegenüber der Aufsichtsbehörde benannt.

versicherte Person.

Die Person, die vereinbarungsgemäß unmittelbar unter den Versicherungsschutz des Versicherungsvertrags fällt. Sie wird im Versicherungsschein angegeben.

Versicherungsnehmer.

Unser Partner des Versicherungsvertrags. Die Versicherungsbedingungen wenden sich deshalb an den Versicherungsnehmer.