

Versicherungsbedingungen für Tarif betriebliche KV Zahnersatz Best
(kurz: FZZB02) - Gruppenversicherung

Inhalt:

1	Versicherte Leistungen	2
1.1	Leistungserbringer und Honorargrenzen ..	2
1.2	Zahnmedizinische Behandlungen	2
1.3	Leistungen im Ausland	3
1.4	Leistungsausschlüsse und -reduzierung ..	4
1.5	Der Versicherungsfall – Grundlage unserer Leistung	4
1.6	Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	4
1.7	Umfang des Versicherungsschutzes	4
2	Allgemeines zu unseren Zahlungen.....	5
2.1	Kostenbegriff	5
2.2	Zeitpunkt der Kosten	5
2.3	Recht auf die Leistungen.....	5
2.4	Nachweise, damit wir zahlen können.....	5
2.5	Hier müssen andere zuerst zahlen	5
3	Ihre vertraglichen Verhaltenspflichten ..	5
4	Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können.....	5
4.1	Versicherungsfähigkeit	5
4.2	Versicherbarer Personenkreis	5
5	Beitrag und Beitragsänderungen.....	5
5.1	Beitragszahlung	5
5.2	Beitragsänderungen	5
6	Weitere Vertragsänderungen	5
6.1	Ruhen der Versicherung.....	5
6.2	Versicherung von Kindern	6
6.3	Änderung der Vertragsbedingungen.....	6
7	Vertragsende und Fortsetzung	6
7.1	Kündigung	6
7.2	Sonstiges Vertragsende	7
7.3	Fortsetzung	7
8	Sonstige Regelungen	7
8.1	Auskunft und Offenlegung	7
8.2	Ausländisches Geld	7
8.3	Kosten, die wir abziehen können	7
8.4	Verrechnung von Zahlungen	7
8.5	Erklärung „Versicherungsjahr“	7
8.6	Deutsches Recht	7

1 Versicherte Leistungen

Wir übernehmen folgende Aufwendungen für medizinische notwendige Leistungen und Gegenstände.

1.1 Leistungserbringer und Honorargrenzen

Versicherte Leistungserbringer und Honorargrenzen	Umfang	Ausnahmen
Leistungserbringer	Sie haben die freie Wahl unter allen Ärzten und Zahnärzten, die zur Ausübung der Heilkunde berechtigt sind. Diese müssen niedergelassen oder in einem medizinischen Versorgungszentrum oder in einem Krankenhaus als Angestellter oder Beamter tätig sein.	Wir zahlen keine Behandlungen durch Ehepartner, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Wir übernehmen in diesem Fall die Auslagen des Leistungserbringers. Wir zahlen auch nicht für Leistungserbringer, die wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben. Wir können einzelne Ärzte oder Zahnärzte ausschließen. Wir informieren Sie in diesem Fall über den Ausschluss von der Kostenerstattung. Erst dann gilt er für Sie. Wenn Sie diese Information erst erhalten, während Sie bereits behandelt werden, erstatten wir noch die Kosten für Behandlungen in den ersten 3 Monaten nach unserer Information.
Honorargrenzen	Die Vergütung für ärztliche und zahnärztliche Leistungen muss nach den Gebührenordnungen für Ärzte oder Zahnärzte berechnet werden. Wir erstatten diese Kosten bis zum Höchstsatz dieser Gebührenordnungen.	

1.2 Zahnmedizinische Behandlungen

Für Versicherte mit einem Wahltarif nach § 53 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch gilt: Haben Sie im Wahltarif einen Selbstbehalt vereinbart, gehört Ihr Eigenanteil aus dem Wahltarif zur Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Akupunktur - 100 Prozent.	Wir erstatten die Kosten für eine zahnärztliche Akupunktur, um den Schmerz auszuschalten.	
Arznei- und Verbandmittel	Bei einer zahnmedizinischen Verordnung erstatten wir die Kosten für: • Arzneimittel, die nach dem Arzneimittel-Gesetz zugelassen sind. • Verbandmittel. Wir erstatten diese Kosten wie die Behandlung, für die die Mittel verordnet werden.	Diese Mittel müssen von einem versicherten Leistungserbringer verordnet sein. Zudem müssen die Arzneimittel in der Apotheke gekauft werden.
Implantate - 90 Prozent.	Wir erstatten die Kosten für: • implantologische Leistungen. • dazu gehörende chirurgische Leistungen (etwa Knochenaufbau). • den dazu gehörenden, zusätzlichen Einsatz eines Operationsmikroskops oder Lasers.	
Inlays und Zahnersatz - 90 Prozent abzüglich der Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung. - 50 Prozent, wenn die gesetzliche Krankenversicherung trotz Leistungspflicht nicht vorleistet.	Wir erstatten die Kosten für: • Inlays (Einlage-Füllungen). • prothetische Leistungen einschließlich Stift-Zähnen, Kronen, Teilkronen und Keramik-Verblendschalen (Veneers), Kunststoff- und Keramikverblendungen für alle Zähne sowie auf Implantaten sitzendem Zahnersatz. • dazu gehörende funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (auch Aufbiss-Behelfe und Schienen). • den dazu gehörenden, zusätzlichen Einsatz	

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
	eines Operationsmikroskops. • Vor- und Nachbehandlungen. Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung richtet sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch.	
Kieferorthopädie - 90 Prozent abzüglich der Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung.	Wir erstatten die Kosten für kieferorthopädische Leistungen wegen eines Unfalls. Als Unfall gilt nicht, wenn ein Zahn beim Essen beschädigt wird (etwa Biss auf einen Kirschkern). Zudem erstatten wir Kosten für die Behandlung einer schweren Erkrankung durch eine Kombination aus Kieferchirurgie und -orthopädie. Schwere Erkrankungen sind eine angeborene Missbildung des Gesichts oder des Kiefers, eine skelettale Dysgnathie oder eine verletzungsbedingte Fehlstellung.	Wir zahlen nur, wenn die gesetzliche Krankenversicherung vorgeleistet hat.
Schmerzlindernde Behandlungen	Zusätzlich zu Kosten für Akupunktur (siehe dazu ganz oben) erstatten wir auch die Kosten für schmerzlindernde Behandlungen, etwa: • Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf). • Hypnose. • Lachgas-Sedierung. • Vollnarkose. Wir erstatten die Kosten wie die zahnmedizinische Leistung, für die die schmerzlindernde Behandlung erbracht wird.	
Zahntechnische Leistungen	Wir erstatten die Kosten wie die Behandlung, für die die zahntechnischen Leistungen erbracht werden. Es gelten die bundesweit üblichen Preise für zahntechnische Leistungen. Materialkosten für zahntechnische Leistungen erstatten wir zum Herstellerpreis (plus Mehrwertsteuer).	
Unser Tipp: Heil- und Kostenplan	Damit Sie früh Klarheit über die Höhe unserer Erstattung haben, empfehlen wir, uns einen Heil- und Kostenplan zu geben. Wir informieren Sie so schnell wie möglich über den Umfang unserer Erstattung. Wir erstatten Kosten für den Heil- und Kostenplan zu dem Prozentsatz, den wir für die Behandlung erstatten.	

1.3 Leistungen im Ausland

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Auslandsbehandlungen	Wir erstatten die ortsüblichen Kosten zu den Prozentsätzen, die für eine Behandlung in Deutschland gelten.	
Versicherte Länder		
Europa	Wir zahlen für Leistungen in ganz Europa.	
Nichteuropäische Länder	Wir zahlen bei vorübergehenden Aufenthalten von bis zu 6 Monaten in außereuropäischen Staaten. Wenn Sie aus medizinischen Gründen länger behandelt werden müssen, zahlen wir, bis Sie gesundheitlich wieder zurückreisen können.	

1.4 Leistungsausschlüsse und -reduzierung

Grund	Ausschluss	Erläuterungen
Krieg und Wehrdienstbeschädigung	Wir zahlen nicht, wenn Sie durch Kriegsereignisse verletzt werden. Wir zahlen dennoch, wenn Sie außerhalb des Lands, in dem Sie Ihren Wohnort haben, vom Kriegsbeginn überrascht werden und Sie ohne Schuld im Kriegsgebiet bleiben müssen. Wir zahlen auch nicht für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen.	Terroristische Anschläge sind keine Kriegsereignisse. Als Wohnort gilt, wo Sie sich gewöhnlich aufhalten. Ein Kriegsereignis ist überraschend, wenn es hierzu keine Reisewarnung des deutschen Auswärtigen Amts gab, bevor Sie das Land, in dem Sie wohnen, verlassen haben.
Zuzahlungen	Wir zahlen keine Zuzahlungen, die Sie nach § 61 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch leisten müssen.	
Übermaßbehandlung und zu hohe Rechnungen	Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Dafür muss eine Übermaß-Behandlung vorliegen oder eine unangemessen hohe Vergütung verlangt werden.	Eine Übermaß-Behandlung ist eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, die das medizinisch notwendige Maß übersteigt. Kosten nach gesetzlichem Vergütungsrecht sind angemessen, soweit sie nach den gesetzlichen Bemessungskriterien medizinisch gerechtfertigt sind.

1.5 Der Versicherungsfall – Grundlage unserer Leistung

Versicherungsfall	Beschreibung	Erläuterungen
Behandlung bei Krankheit oder Unfallfolgen	Damit wir leisten, müssen Sie sich in einer Heilbehandlung wegen einer Krankheit oder Unfallfolge befinden. Die Behandlung muss medizinisch notwendig sein.	Medizinisch notwendig bedeutet: Die Behandlung eignet sich für den Behandlungserfolg. Und sie ist erforderlich. Beides muss man zum Zeitpunkt der Behandlung bejahen können – nach objektiven medizinischen Kriterien und wissenschaftlichen Erkenntnissen.
Beginn und Ende	Der Versicherungsfall beginnt, wenn Sie sich wegen der Krankheit oder des Unfalls erstmals behandeln oder untersuchen lassen. Das gilt auch, wenn noch keine oder keine richtige Diagnose existiert. Der Versicherungsfall endet, wenn Sie aus medizinischen Gründen keine Behandlung mehr benötigen. Ein neuer Versicherungsfall beginnt, wenn Sie während der Behandlung auch wegen einer anderen Krankheit oder Unfallfolge behandelt werden müssen. Das setzt voraus, dass die Krankheit oder Unfallfolge mit der bereits behandelten nicht zusammenhängt.	

1.6 Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Wir zahlen für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Wir zahlen zudem 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 dann auf den Betrag kürzen, der für eine schulmedizinische Methode oder ein solches Arzneimittel angefallen wäre.

1.7 Umfang des Versicherungsschutzes

1.7.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt ohne Wartezeiten zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten Beitrag pünktlich zahlt. Zahlt er diesen erst später, startet der Versicherungsschutz erst, wenn wir den Beitrag erhalten haben.

Wir leisten auch für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Das gilt aber nur für den Teil, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt.

1.7.2 Bestandteile des Vertrags

Der Vertrag setzt sich zusammen aus:

- dem Versicherungsschein.
- den schriftlichen Vereinbarungen.
- diesen Versicherungsbedingungen.
- den gesetzlichen Vorschriften.

1.7.3 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet mit Vertragsende. Das gilt auch für laufende Behandlungen.

Wenn der Gruppenversicherungsvertrag beendet wird und Sie den Vertrag nicht als Einzelversicherung fortsetzen, leisten wir noch für weitere 4 Wochen. Das gilt nur für Behandlungen, die bei der Beendigung noch nicht abgeschlossen sind.

2 Allgemeines zu unseren Zahlungen

2.1 Kostenbegriff

Wir erstatten nur die Kosten, zu deren Zahlung Sie aus dem Vertrag mit dem Leistungserbringer verpflichtet sind (Aufwendungen). Das heißt: Wir erstatten keine Kosten, die Ihnen aus nicht berechtigten Ansprüchen Dritter entstehen.

2.2 Zeitpunkt der Kosten

Wenn es darauf ankommt, wann Ihnen Kosten entstanden sind, ist das Datum entscheidend, an dem Sie behandelt worden sind oder eine Leistung bezogen haben. Das ist wichtig etwa beim Vertragsende.

2.3 Recht auf die Leistungen

Sie als Hauptversicherter haben Anspruch auf die Leistungen. Deshalb wenden sich die Vertragsbedingungen an Sie.

Ihre Zahlungsansprüche können Sie nicht abtreten und nicht verpfänden. Wenn uns eine andere Person nachweist, dass sie die Leistungen empfangen darf, können wir an diese zahlen.

2.4 Nachweise, damit wir zahlen können

Unsere Zahlungen werden nach § 14 Versicherungsvertragsgesetz fällig. Dort ist auch geregelt, wann Sie Abschlagszahlungen von uns verlangen können.

Damit wir zahlen, benötigen wir alle erforderlichen Informationen und Nachweise. Nachweise werden unser Eigentum, wenn wir sie erhalten.

Solche Nachweise sind vor allem Rechnungen (auch unbezahlte). Sie erfordern mindestens diesen Inhalt:

- Name der behandelten Person.
- Bezeichnung der Krankheit.
- Art der Leistungen.
- Behandlungs- oder Kaufdaten.

Wenn Sie die Rechnung schon woanders eingereicht haben, benötigen wir die Angaben über die Zahlung des anderen Kostenträgers.

2.5 Hier müssen andere zuerst zahlen

Wenn Sie Ansprüche gegen einen anderen Kostenträger haben, gehen diese unserer Zahlung vor. Andere Kostenträger sind:

- gesetzliche Krankenversicherung.
- gesetzliche Unfall- oder Rentenversicherung.
- gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge.

Wenn Sie es wünschen, zahlen wir auch als Erster. Dafür müssen Sie uns Ihren Anspruch gegen den anderen Kostenträger abtreten, soweit wir zahlen.

3 Ihre vertraglichen Verhaltenspflichten

Sie müssen sich von einem Arzt, den wir beauftragen, untersuchen lassen, wenn wir das verlangen.

Wir müssen nicht oder zum Teil nicht leisten, wenn Sie diese Pflicht verletzen. Das regelt § 28 Absätze 2 bis 3 Versicherungsvertragsgesetz.

4 Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können

4.1 Versicherungsfähigkeit

Sie sind nach diesem Tarif versicherbar, solange Sie bei einer Krankenkasse nach dem Sozialgesetzbuch versichert sind. Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie diese Voraussetzung nicht mehr erfüllen.

4.2 Versicherbarer Personenkreis

Sie müssen außerdem zum versicherbaren Personenkreis gehören. Dieser ist im Gruppenversicherungsvertrag festgelegt. Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden.

5 Beitrag und Beitragsänderungen

5.1 Beitragszahlung

5.1.1 Beitrag

Der Versicherungsnehmer muss einen Monatsbeitrag zahlen. Dieser steht im aktuellen Versicherungsschein. Wir berechnen ihn geschlechtsunabhängig nach den Grundsätzen, die in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt sind.

5.1.2 Zahlungstermine

Der Versicherungsnehmer muss den ersten Beitrag zum Versicherungsbeginn zahlen. Das Datum steht im Versicherungsschein.

Die folgenden Beiträge muss der Versicherungsnehmer immer zum Monatsersten zahlen.

5.1.3 Zahlung per Lastschrift

Ist mit dem Versicherungsnehmer vereinbart, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), muss er uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen. Wir können verlangen, dass er es in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) erteilt.

5.1.4 Tagesbeitrag

Wir verlangen den Beitrag nur für die Zeit, in der Sie bei uns versichert sind. Wenn Ihre Versicherung nicht am Monatsanfang beginnt oder vor dem Monatsende ausläuft, verlangen wir den Beitrag nur für die Tage dieses Monats, an denen Sie bei uns versichert sind. Als Tagesbeitrag gilt 1/30 des Monatsbeitrags. Wir runden auf volle Cent auf.

5.2 Beitragsänderungen

Wir haben das Recht, den Beitrag während der Vertragslaufzeit anzupassen. Dafür müssen die Voraussetzungen nach § 203 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz erfüllt sein. Die dafür nötige Gegenüberstellung muss eine Abweichung von mehr als 10 Prozent ergeben.

Wir informieren den Versicherungsnehmer über die Anpassung in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) und nennen ihm die maßgeblichen Gründe. Die Anpassung wird mit Anfang des zweiten Monats nach unserer Information wirksam.

6 Weitere Vertragsänderungen

6.1 Ruhen der Versicherung

6.1.1 Ruhen in Zeiten ohne Gehalt

Der Versicherungsnehmer kann Ihre Versicherung ruhend stellen. Das bedeutet:

- Für die Zeit des Ruhens haben Sie keinen Anspruch auf die Leistungen.
- Der Versicherungsnehmer muss für Sie in dieser Zeit keine Beiträge zahlen.

In diesen Fällen, in denen Sie kein Gehalt bekommen, kann Ihre Versicherung ruhen:

- Sie sind durch Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig.
- Sie nehmen Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz.
- Sie pflegen einen nahen Angehörigen nach dem Pflegezeitgesetz.
- Sie sind aus einem anderen Grund von Ihrer Pflicht zur Arbeitsleistung vorübergehend freigestellt („Sabbatical“).

Beginnt die Zeit ohne Gehalt an einem Monatsersten, fängt das Ruhen an diesem Tag an. Entfällt Ihr Gehalt jedoch später, fängt das Ruhen erst mit dem nächsten Monat an.

Ihre Versicherung ruht jeweils für höchstens 36 Monate. Vor Ablauf dieser Frist endet das Ruhen mit dem Monat, in dem die Zeit ohne Gehalt ausläuft.

6.1.2 Fortsetzung nach dem Ruhen

Wenn das Ruhen endet, setzen wir Ihre Versicherung fort. Das bedeutet ab der Fortsetzung:

- Der Versicherungsnehmer muss den dann gültigen Beitrag zahlen.
- Sie erhalten die vereinbarten Leistungen. Tritt der Versicherungsfall während der Ruhezeit ein, leisten wir dafür ab der Fortsetzung.
- Es gelten die dann gültigen Versicherungsbedingungen.

6.2 Versicherung von Kindern

6.2.1 Neugeborene

Wir versichern Neugeborene ohne Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Wartezeiten nach § 198 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz. Geburtsschäden und angeborene Krankheiten sind dann auch abgesichert.

Dafür müssen diese 2 Voraussetzungen erfüllt sein:

- Ein Elternteil ist am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert.
- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach seiner Geburt bei uns an.

6.2.2 Adoptivkinder

Wir versichern Adoptivkinder, die bei der Adoption noch keine 18 Jahre alt sind, ohne Leistungsausschlüsse und Wartezeiten nach § 198 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz.

Für ein erhöhtes Risiko können wir einen Risikozuschlag von bis zu 100 Prozent des Monatsbeitrags verlangen. Hierfür gelten unsere Grundsätze für die Risikobewertung.

Für die Nachversicherung müssen diese 2 Voraussetzungen erfüllt sein:

- Ein Elternteil ist am Tag der Adoption mindestens 3 Monate bei uns versichert.
- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach der Adoption bei uns an.

6.2.3 Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz des Kindes darf nicht höher oder umfassender sein als für den Elternteil, der bei uns versichert ist.

Wenn beide Eltern bei uns versichert sind, ist der insgesamt leistungsstärkere Versicherungsschutz die Grenze.

6.3 Änderung der Vertragsbedingungen

Ändern wir die Vertragsbedingungen in den folgenden Fällen, informieren wir den Versicherungsnehmer in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) und nennen ihm die maßgeblichen Gründe.

6.3.1 Anpassung

Wir können Vertragsbedingungen anpassen, wenn sich die Verhältnisse im Gesundheitswesen nicht nur vorübergehend ändern. Das gilt etwa bei der Änderung von Gesetzen, die sich auf unsere Leistungszusage auswirken.

Dazu müssen diese Voraussetzungen alle erfüllt sein:

- Die Anpassung ist notwendig, um den Vertrag weiterzuführen.
- Ohne Anpassung wäre es für einen Vertragspartner unzumutbar, an dem Vertrag festzuhalten. Dabei müssen auch die Interessen des anderen Vertragspartners berücksichtigt werden.
- Die neue Regelung berücksichtigt die Belange des Versicherungsnehmers und der versicherten Personen angemessen. Dabei wird das Vertragsziel gewahrt.

Außerdem muss ein unabhängiger Treuhänder diese Voraussetzungen überprüft haben. Er muss bestätigen, dass die Anpassung angemessen ist.

Die Anpassung wird mit Anfang des zweiten Monats nach unserer Information wirksam.

6.3.2 Ersetzung

Wir können Vertragsbedingungen nach § 203 Absatz 4 in Verbindung mit § 164 Versicherungsvertragsgesetz durch neue Regelungen ersetzen. Das gilt etwa, wenn eine Bestimmung höchststrichterlich für unwirksam erklärt wurde.

Die neue Regelung wird 2 Wochen nach unserer Information wirksam.

7 Vertragsende und Fortsetzung

7.1 Kündigung

Wir haben kein ordentliches Kündigungsrecht.

Der Versicherungsnehmer kann folgendermaßen kündigen:

7.1.1 Form und Rechtzeitigkeit sowie Information des Versicherten

Der Versicherungsnehmer muss in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) kündigen. Mündlich oder telefonisch reicht nicht aus.

Wenn der Versicherungsnehmer eine Kündigungsfrist oder Frist für einen Nachweis verpasst, ist die Kündigung unwirksam.

Kündigt der Versicherungsnehmer den Vertrag für einen Versicherten, ist dies nur wirksam, wenn er nachweist, dass der Versicherte davon weiß.

7.1.2 Ordentliche Kündigung

Der Versicherungsnehmer kann die Kündigung auf einzelne versicherte Personen beschränken. Wir müssen die Kündigung spätestens am 30. September des Jahres erhalten, zu dessen Ende er kündigen will.

Der Versicherungsnehmer kann frühestens zum Ende des zweiten Versicherungsjahrs kündigen (2-jährige Mindestlaufzeit). Danach kann er zu jedem Jahresende kündigen. Das Versicherungsjahr haben wir in Ziffer 8.5 geregelt.

7.1.3 Erhöhung von Beitrag sowie Minderung unserer Leistungen

Erhöhen wir den Beitrag, kann der Versicherungsnehmer für die Person kündigen, für die er mehr zahlen muss. Er kann auch für sie kündigen, wenn wir den Umfang des Versicherungsschutzes verringern.

In beiden Fällen gilt:

- Wir müssen die Kündigung innerhalb von 2 Monaten erhalten, nachdem wir dem Versicherungsnehmer die Vertragsänderung mitgeteilt haben.
- Die Versicherung endet zu dem Tag, an dem die Vertragsänderung (Beitragserhöhung oder Leistungsminderung) wirksam wird.

7.1.4 Recht auf Gegenkündigung

Wenn wir nur für einzelne Versicherten anfechten, zurücktreten oder außerordentlich kündigen, hat der Versicherungsnehmer ein Kündigungsrecht. Er kann damit die Aufhebung aller Verträge bei uns verlangen. Wir müssen die Kündigung innerhalb von 2 Wochen nach unserer Vertragserklärung erhalten.

Wenn wir angefochten haben oder zurückgetreten sind, heben wir die Verträge zum Ende des Monats auf, in dem der Versicherungsnehmer unsere Erklärung erhalten hat. Bei außerordentlicher Kündigung enden die Verträge zu dem Zeitpunkt, zu dem unsere Kündigung wirksam wird.

7.2 Sonstiges Vertragsende

7.2.1 70. Geburtstag

Ihre Versicherung endet mit dem Monat, in dem Sie Ihren 70. Geburtstag haben.

7.2.2 Rentenbeginn

Ihre Versicherung endet zu dem Zeitpunkt, ab dem Sie eine Altersrente beziehen.

7.2.3 Ende des Gruppenversicherungsvertrags
Ihre Versicherung endet mit dem Ende des Gruppenversicherungsvertrags.

7.2.4 Tod

Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie sterben.

7.3 Fortsetzung

7.3.1 Kündigung des Gruppenversicherungsvertrags

Wenn Ihre Versicherung endet, weil die Gruppenversicherung gekündigt wird, können Sie den Vertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung nach § 206 Absatz 4 und § 207 Absatz 2 Satz 3 Versicherungsvertragsgesetz fortsetzen.

7.3.2 Sonstiges Fortsetzungsrecht

Wenn Ihre Versicherung endet, weil Sie

- aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden,
- 70 Jahre geworden sind oder
- eine Altersrente beziehen,

können Sie den Vertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen. Dies müssen Sie uns innerhalb von 2 Monaten nach dem Ende der Versicherung mitteilen.

Wenn die Einzelversicherung einen höheren oder umfassenden Versicherungsschutz enthält, können wir für diese Mehrleistung besondere Vereinbarungen treffen.

Die bisherige ununterbrochene Versicherungszeit rechnen wir auf die Wartezeiten in der Einzelversicherung an.

8 Sonstige Regelungen

8.1 Auskunft und Offenlegung

8.1.1 Auskunft vor Behandlungsbeginn

Wenn eine Behandlung ansteht, die mehr als 2.000 Euro kosten soll, können Sie davor folgende Auskunft von uns erhalten:

Wir nennen Ihnen den Umfang unserer Zahlung und begründen das in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail). Wenn Sie uns einen Kostenvoranschlag oder andere Unterlagen gegeben haben, gehen wir auch darauf ein.

Grundsätzlich informieren wir Sie spätestens innerhalb von 4 Wochen. Wenn die Behandlung aber eilt, geben wir Ihnen die Auskunft spätestens nach 2 Wochen. Diese Fristen beginnen, sobald wir Ihre Anfrage erhalten.

Wenn wir die 2- oder 4-wöchige Frist nicht einhalten, wird vermutet, dass die Behandlung medizinisch notwendig ist. Das gilt so lange, bis wir das Gegenteil beweisen.

8.1.2 Offenlegung von Unterlagen

Gutachten und Stellungnahmen, die wir besorgt oder angefordert haben, weil wir die Notwendigkeit einer Behandlung prüfen, legen wir auf Wunsch offen. Sie erhalten so Auskunft und können die Unterlagen einsehen.

Den Anspruch haben Sie. An Ihrer Stelle ist Ihr gesetzlicher Vertreter berechtigt, die Offenlegung zu verlangen. Wenn erhebliche Gründe dieser Offenlegung entgegenstehen, kann sie nur ein Arzt oder Rechtsanwalt verlangen.

Wenn wir diese Dokumente von Ihnen anfordern, zahlen wir Ihre Aufwendungen dafür.

8.2 Ausländisches Geld

Wir rechnen ausländische Währungen in Euro um. Dafür gilt der Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Gibt es keinen Wechselkurs für Ihre Währung, rechnen wir zum aktuellen Kurs nach der "Devisenkurs-Statistik" um (Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank).

Wir rechnen zu dem Tageskurs um, an dem wir Ihre Belege erhalten. Wenn Sie das Geld zu einem schlechteren Kurs erworben haben, nehmen wir diesen. Bitte legen Sie uns dazu Ihren Bankbeleg vor.

8.3 Kosten, die wir abziehen können

Unsere Zahlung auf ein deutsches Konto ist für Sie kostenlos. Unsere Kosten für Auslandszahlungen und für Übersetzungen können wir von unserer Zahlung abziehen.

8.4 Verrechnung von Zahlungen

Sie können gegen unsere Forderungen aufrechnen. Das gilt, soweit Ihr Anspruch unbestritten oder abschließend gerichtlich festgestellt ist.

8.5 Erklärung „Versicherungsjahr“

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Es endet am 31. Dezember desselben Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen dem jeweiligen Kalenderjahr.

8.6 Deutsches Recht

Es gilt deutsches Recht.