Versicherungsbedingungen Tarif betriebliche KV RundumZahn 100 B (kurz: FZK100B) - Gruppenversicherung

Inhalt

1. Versicherte Leistungen 1

1.1 Leistungserbringer und Honorargrenzen 1
1.2 Zahnbehandlung und Prophylaxe 2
1.3 Inlays und Zahnersatz 2
1.4 Implantate 3
1.5 Aufbissbehelfe und Schienen 3
1.6 Kieferorthopädie 3
1.7 Bleaching 3
1.8 Weitere zahnmedizinische Versorgung 4
1.9 Leistungen im Ausland 4
1.10 Leistungsausschlüsse und -reduzierung 5
1.11 Der Versicherungsfall - Grundlage unserer Leistung 5
1.12 Untersuchungs- und Behandlungsmethoden 5
1.13 Umfang des Versicherungsschutzes 5

2. Allgemeines zu unseren Zahlungen ... 6

2.1 Kostenbegriff 6
2.2 Zeitpunkt der Kosten 6
2.3 Recht auf die Leistungen 6
2.4 Nachweise, damit wir zahlen können 6
2.5 Hier müssen andere zuerst zahlen 6

3. Ihre vertraglichen Verhaltenspflichten 6

4. Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können 6

5. Beitrag und Beitragsänderungen 6

5.1 Beitragszahlung 6
5.2 Beitragsänderungen 6

6. Weitere Vertragsänderungen 7

6.1 Recht auf Beitragsbefreiung 7
6.2 Versicherung von Kindern 7
6.3 Änderung der Vertragsbedingungen 7

7. Vertragsende und Fortsetzung 7

7.1 Kündigung 7
7.2 Sonstiges Vertragsende 8
7.3 Fortsetzung 8

8. Sonstige Regelungen 8

8.1 Auskunft und Offenlegung 8
8.2 Ausländisches Geld 8
8.3 Kosten, die wir abziehen können 8
8.4 Verrechnung von Zahlungen 8
8.5 Deutsches Recht 8
8.6 Beschwerdemöglichkeiten 8

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.
Honorar- und Preisgrenzen	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. Sonstige Kosten in Deutschland übernehmen wir, soweit sie nicht höher sind als bundesweit üblich. Kosten im Ausland sind versichert, soweit sie dort ortsüblich sind.	Wir erstatten keine unangemessene hohe Vergütung. Kosten nach gesetzlichem Vergütungsrecht sind angemessen, so weit sie nach den gesetzlichen Bemessungskriterien gerechtfertig sind.
Unser Tipp: Heil- und Kostenplan	Damit Sie früh Klarheit über die Höhe unserer Erstattung haben, empfehlen wir, uns einen Heil- und Kostenplan zu geben. Das gilt bei: • Zahnersatz. • Inlays. • Implantaten. • Kieferorthopädie. Wir informieren Sie so schnell wie möglich über den Umfang unserer Erstattung. Kosten für den Heil- und Kostenplan erstatten wir zu dem Prozentsatz, der für die Behandlung vereinbart ist.	

1.2 Zahnbehandlung und Prophylaxe

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Zahnbehandlung - 100 Prozent abzüglich der Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung. - 60 Prozent, wenn keine Leistung einer gesetzlichen Krankenversicherung vorliegt.	Wir erstatten die Kosten für: • allgemeine zahnärztliche Leistungen. • konservierende Leistungen (einschließlich Kunststoff-, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen). • zahnchirurgische Leistungen (einschließlich Wurzelkanal-Behandlungen, Wurzelspitzenresektionen). • Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums (auch VECTOR-Technologie, Schleimhauttransplantation, Bakterien-/DNA-Test, mikrobiologische Diagnostik (Speicheltest), Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Knochen oder Knochenersatzmaterial, die gesteuerte Geweberegeneration zur Wachstumsförderung von geschädigtem Gewebe des Zahnhalteapparats). • den zusätzlichen Einsatz eines Operationsmikroskops oder Lasers. • dazugehörende Vor- und Nachbehandlungen.	
Prophylaxe - 100 Prozent	Wir erstatten die Kosten für prophylaktische Leistungen einschließlich professioneller Zahnreinigung. Dazu gehören etwa: • die Fissuren-Versiegelung. • die Entfernung der Beläge auf Zahn- und Wurzel-Oberflächen. • die Reinigung der Zahn-Zwischenräume. • die Oberflächen-Politur. • geeignete Fluoridierungs-Maßnahmen.	

1.3 Inlays und Zahnersatz

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Inlays und Zahnersatz - 100 Prozent abzüglich der Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung. - 60 Prozent, wenn keine Leistung einer gesetzlichen Krankenversicherung vorliegt.	Wir erstatten die Kosten für: • Inlays (Einlage-Füllungen), etwa aus Kunststoffen, Edelmetallen, Keramik-Material (auch auf Goldgerüst) und Glas-Keramik. • prothetische Leistungen einschließlich Brücken, Stift-Zähnen, Kronen, Teilkronen und Keramik-Verblendschalen (Veneers), Kunststoff- und Keramik-Verblendungen für alle Zähne sowie auf Implantaten sitzendem Zahnersatz. • die mit diesen Leistungen in Zusammenhang stehenden funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen. • den zusätzlichen Einsatz eines Operations-Mikroskops oder Lasers. • dazugehörende Vor- und Nachbehandlungen.	

1.4 Implantate

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Implantate - 100 Prozent	Wir erstatten die Kosten für: • implantologische Leistungen sowie • die in diesem Zusammenhang anfallenden chirurgischen Leistungen, zum Beispiel der Aufbau des Kieferknochens (Augmentation). • den zusätzlichen Einsatz eines Operations-Mikroskops oder Lasers. • dazugehörende Vor- und Nachbehandlungen.	

1.5 Aufbissbehelfe und Schienen

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Aufbissbehelfe und Schienen - 100 Prozent abzüglich der Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung. - 60 Prozent, wenn keine Leistung einer gesetzlichen Krankenversicherung vorliegt.	Wir erstatten die Kosten für: • Aufbissbehelfe und Schienen (etwa Knirscherschienen und DROS Schienen) sowie • die damit in direktem Zusammenhang stehenden funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen. • dazugehörende Vor- und Nachbehandlungen.	

1.6 Kieferorthopädie

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Kieferorthopädie - 100 Prozent abzüglich der Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung. - 60 Prozent, wenn keine Leistung einer gesetzlichen Krankenversicherung vorliegt.	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 die 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.	

1.7 Bleaching

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Bleaching - 100 Prozent der Kosten, bis 150 Euro innerhalb von 2 aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.	Wir erstatten die Kosten für die Zahnaufhellung (Bleaching).	

1.8 Weitere zahnmedizinische Versorgung

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Arznei- und Verbandmittel	Wir erstatten die Kosten für • Arzneimittel, die nach dem Arzneimittel-Gesetz zugelassen sind. • Verbandmittel. Als Arzneimittel gelten nicht Nährmittel und -stoffe, Nahrungsergänzungsmittel und Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, sowie kosmetische Präparate. Wir erstatten die Kosten zu dem Prozentsatz, der für die zahnmedizinische Leistung gilt, in deren Zusammenhang die Arznei- und Verbandmittel verordnet werden.	Diese Mittel müssen von einem in Ziffer 1.1 genannten Leistungserbringer verordnet und zur Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten medizinisch notwendig sein. Arzneimittel müssen zudem in der Apotheke gekauft werden.
Schmerzlindernde Behandlung	Wir erstatten die Kosten für schmerzlindernde Behandlungen, insbesondere: • Akupunktur. • Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf). • Hypnose. • Lachgas-Sedierung. • Vollnarkose. Wir erstatten die Kosten zu dem Prozentsatz, der für die zahnmedizinische Leistung gilt, in deren Zusammenhang die schmerzlindernde Behandlung durchgeführt wird.	Die Leistungen sind nach diesem Tarif versichert, wenn sie von einem in Ziffer 1.1 genannten Arzt oder Zahnarzt durchgeführt werden.
Zahntechnische Leistungen	Wir erstatten die Kosten für die bundesweit üblichen Preise für zahntechnische Leistungen. Wir erstatten die Kosten zu dem Prozentsatz, der für die zahnmedizinische Leistung gilt, in deren Zusammenhang die zahntechnischen Leistungen erbracht werden.	

1.9 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.	

1.10 Leistungsausschlüsse und -reduzierung

Grund	Ausschluss	Erläuterungen
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. Sonstige Kosten in Deutschland sind angemessen, wenn sie nicht höher sind als bundesweit üblich. Kosten im Ausland sind angemessen, wenn sie dort ortsüblich sind.

1.11 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. Wir leisten auch in diesen Fällen: • Sie lassen sich in einer Zahnarztpraxis vorsorglich behandeln (Prophylaxe). • Sie lassen Ihre Zähne aufhellen (Bleaching).	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.	

1.12 Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Wir zahlen für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.
Das gilt auch für solche Methoden und Arzneimittel, die es heute noch nicht gibt und die erst in Zukunft anerkannt werden. Ihr Versicherungsschutz passt sich automatisch an solche Innovationen an. Sie müssen dafür nichts tun (Innovationsgarantie).

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.

1.13 Umfang des Versicherungsschutzes

1.13.1 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.

1.13.2 Bestandteile des Vertrags

Der Vertrag setzt sich zusammen aus:
- dem Versicherungsschein.
- den schriftlichen Vereinbarungen.
- diesen Versicherungsbedingungen.

- den gesetzlichen Vorschriften.

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

Sofern Sie Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte abtreten, 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.

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

Dieser Tarif bietet ergänzende Leistungen zur gesetzlichen Krankenversicherung. Es gilt:

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

Sie sind nach diesem Tarif versicherbar, solange Sie 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 maßgebli-

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

6. Weitere Vertragsänderungen

6.1 Recht auf Beitragsbefreiung

6.1.1 Beitragsbefreiung in Zeiten ohne Gehalt

Der Versicherungsnehmer kann eine vorübergehende Beitragsbefreiung für Ihre Versicherung verlangen. Das bedeutet:
- Der Versicherungsnehmer muss für Sie in dieser Zeit keine Beiträge zahlen.
- Sie behalten in dieser Zeit aber Ihren vollen Anspruch auf die Leistungen.

Die Beitragsbefreiung kann in diesen Fällen, in denen Sie kein Gehalt bekommen, vereinbart werden:
- Sie sind durch Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig.
- Sie nehmen Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz.
- Sie pflegen einen nahen Angehörigen nach dem Familien-Pflegezeitgesetz.
- Sie sind aus einem anderen Grund von Ihrer Pflicht zur Arbeitsleistung vorübergehend freigestellt ("Sabbatical").

6.1.2 Dauer der Beitragsbefreiung

Beginnt die Zeit ohne Gehalt an einem Monatsersten, muss der Beitrag ab diesem Tag nicht mehr bezahlt werden. Entfällt Ihr Gehalt jedoch später, gilt die Beitragsbefreiung erst ab dem nächsten Monat.

Die Beitragsbefreiung für Ihre Versicherung kann für jeweils höchstens 36 Monate verlangt werden. Vor Ablauf dieser Frist endet die Beitragsbefreiung mit dem Monat, in dem die Zeit ohne Gehalt ausläuft. Der Versicherungsnehmer muss ab dem nächsten Monat den dann gültigen Beitrag zahlen.

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 höchstrichterlich 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 zusätzlich zum Gruppenversicherungsvertrag 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 Hauptversicherte beschränken. Wir müssen die Kündigung spätestens am 30. September des Jahres erhalten, zu dessen Ende er kündigen will.

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 Versicherte 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 Ende des Gruppenversicherungsvertrags

Ihre Versicherung endet mit dem Ende des Gruppenversicherungsvertrags.

7.2.2 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, 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 Deutsches Recht

Es gilt deutsches Recht.

8.6 Beschwerdemöglichkeiten

8.6.1 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 den Versicherungsvermittler richten.

8.6.2 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.

8.6.3 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 oder der Versicherungsnehmer sich auch an diese wenden.

8.6.4 Rechtsweg

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