

Krankenversicherung

Booklet zu den Tarifen ZahnPREMIUM

Inhaltsverzeichnis

I. Verbraucherinformationen

Produktinformationsblatt	2
Allgemeine Verbraucherinformation	4

II. Beitragsblätter

Beiträge der Tarife ZahnPREMIUM, ZahnPREMIUM/youngline, ZahnPREMIUM61 einschließlich der Gruppenvarianten	6
---	---

III. Allgemeine Versicherungsbedingungen, Tarifbedingungen und Sonderbedingungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen

AVB/VT Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaus- tagegeldversicherung	7
GAVB/VT Allgemeine Gruppenversicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaus- tagegeldversicherung	15

Tarifbedingungen

Tarif ZahnPREMIUM	22
Tarif ZahnPREMIUM61	27
Tarif ZahnPREMIUM (Gruppen)	32
Tarif ZahnPREMIUM61 (Gruppen)	37

Sonderbedingungen

Besondere Bedingungen für junge Erwachsene (youngline)	42
Besondere Bedingungen für junge Erwachsene (youngline [Gruppen])	42

IV. Merkblätter

Merkblatt zur Datenverarbeitung	43
---------------------------------------	----

I. Produktinformationsblatt (§ 4 VVG-InfoV)

Die nachfolgende Darstellung soll Ihnen einen Überblick über die wichtigsten Inhalte und Merkmale der angebotenen Versicherung ermöglichen. Deshalb handelt es sich notwendigerweise nicht um eine vollständige Information.

Zu den angesprochenen Inhalten der vertraglich getroffenen Vereinbarungen weisen wir jeweils auf die maßgebliche Vertragsbestimmung bzw. den maßgeblichen Abschnitt der Versicherungsbedingungen hin. Wenn Sie mehr über die einzelnen Vertragsmerkmale wissen wollen, lesen Sie bitte unter den jeweiligen Fundstellen nach.

Datum

Die Produktinformationen mit den dazugehörigen AVB und Tarifbedingungen wurden am _____ ausgehändigt.

versicherte Personen

Name der versicherten Person 1: _____ geb. am: _____

Name der versicherten Person 2: _____ geb. am: _____

Versicherungsart

Die nachfolgenden Informationen geben Ihnen eine Übersicht zu folgenden von Ihnen gewünschten Versicherungsprodukten:

- Zusatzversicherung: Die Zusatzversicherung ist eine private Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung. Sie deckt die Kosten ab, die von den gesetzlichen Krankenversicherungen nicht oder nicht mehr übernommen werden.

Versicherte Leistungen und ausgeschlossene Risiken

Sie haben sich dazu entschieden, Informationen zu folgenden Produkten zu bekommen:

Einzelversicherung:

- ZahnPREMIUM
- ZahnPREMIUM61
- ZahnPREMIUM/youngline

Gruppenversicherung:

- ZahnPREMIUM (Gruppen)
- ZahnPREMIUM61 (Gruppen)
- ZahnPREMIUM/youngline (Gruppen)

Im Nachfolgenden stellen wir Ihnen in einer kurzen Übersicht die Leistungen der gewünschten Tarife vor:

Tarife ZahnPREMIUM

a) Sehhilfen:

80 % der erstattungsfähigen Kosten bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 250 Euro innerhalb von zwei Jahren.

b) Zahnbehandlung und Zahnersatz und Kieferorthopädie

90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages abzüglich der Leistungen der GKV für

- Zahnbehandlung und Zahnersatz:
 - Parodontose- und Wurzelbehandlung
 - Kunststofffüllungen
 - Aufbissbehelfe und Schienen
 - Inlay-Zahnfüllungen und Onlays
 - Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) und Veneers in vollkeramischer und metallischer Ausführung mit Verblendung
 - Implantate
 - Gnathologie
 - vorbereitende Maßnahmen

In den ersten drei Kalenderjahren bestehen Erstattungshöchstgrenzen. Ab dem 4. Kalenderjahr ist die Erstattung begrenzt auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt höchstens 15.000 Euro in vier Jahren.

- Kieferorthopädie, wenn die Behandlung vor Vollendung des 19. Lebensjahres beginnt

Die Erstattung erfolgt bis zu den Höchstsätzen der GOÄ, GOZ. Bei zahntechnischen Laborarbeiten und Materialkosten werden die Kosten soweit erstattet, wie sie im tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis aufgeführt sind und bis zu der dort genannten Höhe.

Voraussetzung für die Erstattung ist, dass die Originalrechnungen mit dem Erstattungsvermerk der GKV eingereicht werden.

c) Auslandsreisekrankenversicherung:

100 % der erstattungsfähigen Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlungen bei einem im Ausland unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall bei Reisen bis zu einer Dauer von 60 Tagen.

Beitrag

Der Gesamtbeitrag setzt sich aus den Beiträgen der von Ihnen gewählten Tarife zusammen. Er beträgt in Summe über alle versicherten Personen:

_____ EUR.

Im Rahmen der Gesundheitsprüfung ist es je nach Tarif möglich, dass zusätzlich zu dem ausgewiesenen Beitrag ein Risikozuschlag notwendig wird. Über diesen werden wir Sie – soweit er nicht bereits im Antrag oder Angebot enthalten ist – gesondert informieren.

Der Beitrag ist als Jahresbeitrag grundsätzlich zu Beginn der Versicherung bzw. zu Jahresbeginn zu zahlen. Sie können den Beitrag aber auch in monatlichen Raten zahlen. Bei monatlicher Ratenzahlung ist der Beitrag zu

Beginn eines jeden Monats fällig. Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages (d. h. nach Zugang des Versicherungsscheines) zu zahlen.

Nähere Informationen zur Beitragszahlung finden Sie unter § 8 der AVB/VT bzw. GAVB/VT.

Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Über die näheren Rechtsfolgen und wie Sie diese vermeiden können, werden wir Sie in einem ggf. erforderlichen Mahnschreiben ausführlich informieren.

Einmalig anfallende Kosten

Einmalig anfallende Kosten können entstehen, falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird (z. B. Mahngebühren, Übersetzungskosten). In solchen Fällen können wir hierfür eine gesonderte Erstattung in Rechnung stellen.

Leistungsausschlüsse

Es gibt nur wenige Ausnahmen von unserer Leistungspflicht.

Wir leisten grundsätzlich nur für medizinisch notwendige Heilbehandlungen (einschließlich entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen). Darüber hinaus leisten wir beispielsweise nicht bei Krankheitsfällen, die durch Krieg hervorgerufen wurden oder für Krankheiten und Unfälle, die vorsätzlich herbeigeführt wurden. Nähere Informationen zu Ausnahmen von der Leistungspflicht finden Sie unter § 5 der AVB/VT bzw. GAVB/VT.

Obliegenheiten

Sie als Versicherungsnehmer, aber auch die versicherte Person, haben vor Versicherungsbeginn, während der Laufzeit der Versicherung und im Leistungsfall eine Reihe von Obliegenheiten zu beachten:

Obliegenheiten vor/bei Vertragsabschluss

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Rechtsfolgen bei Nichtbeachtung der Obliegenheiten vor Vertragsschluss

Verletzen Sie diese Obliegenheiten vorsätzlich oder grob fahrlässig, so können wir, je nach Tarif, vom Vertrag zurücktreten. Bei einer grob fahrlässigen Verletzung können wir allerdings dann nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn wir ihn bei Kenntnis der von Ihnen verschwiegenen Umstände abgeschlossen hätten. Hätten wir den Vertrag bei Kenntnis der verschwiegenen Umstände zwar abgeschlossen, aber zu anderen Bedingungen (z. B. Risikozuschlag oder Leistungsausschluss), so werden diese anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Obliegenheit fahrlässig verletzt, so können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen – es sei denn, wir hätten den Vertrag bei Kenntnis der verschwiegenen Umstände zu anderen Bedingungen abgeschlossen. Ist dies der Fall wird der Vertrag zu den anderen Bedingungen rückwirkend wirksam. Sie können dann den Vertrag jedoch unter bestimmten Voraussetzungen kündigen.

Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt hat dies keine Auswirkungen.

Üben wir unser Rücktrittsrecht aus, werden wir auch von der Zahlung unserer Leistungen frei. Aber auch dies gilt nur, wenn Ihre Obliegenheitsverletzung, auf die wir uns berufen, entweder ursächlich für den Eintritt bzw. die Feststellung des Versicherungsfalles oder ursächlich für die Feststellung der Leistungspflicht war.

Haben Sie Ihre Obliegenheit arglistig verletzt sind wir grundsätzlich von unserer Leistung frei.

Näheres hierzu finden Sie unter §§ 19–22 des VVG. Bitte beachten Sie, dass die in § 21 Absatz 3 erwähnte Frist von fünf Jahren für die Geltendmachung der Rechte des Versicherungsunternehmens in der Krankenversicherung nicht gilt. Sie beträgt in der Krankenversicherung nur drei Jahre.

Obliegenheiten während der Vertragslaufzeit

Sie haben uns gegenüber Mitteilungs- und Mitwirkungspflichten. Näheres finden Sie hierzu in § 9 der AVB/VT bzw. GAVB/VT.

Obliegenheiten bei Eintritt des Versicherungsfalles

Sie als Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben uns gegenüber grundsätzlich folgende Pflichten bei Eintritt des Versicherungsfalles:

- Auskunftserteilungspflichten
- Mitwirkungspflichten
- Schadenminderungspflichten

Nähere Informationen sind unter § 9 der AVB/VT bzw. GAVB/VT enthalten.

Rechtsfolgen bei Verletzung der Obliegenheiten während der Vertragslaufzeit oder bei Eintritt des Versicherungsfalles

Verletzen Sie eine dieser Obliegenheiten vorsätzlich, sind wir ganz oder teilweise von unserer Verpflichtung zur Leistung frei. Haben Sie grob fahrlässig gehandelt können wir unsere Leistungen entsprechend der Schwere des Verschuldens kürzen. Näheres hierzu finden Sie in § 10 der AVB/VT bzw. GAVB/VT.

Das Kündigungsrecht des Versicherers ist ebenfalls in § 10 der AVB/VT bzw. GAVB/VT geregelt.

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

Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages. Der Vertrag ist abgeschlossen, sobald wir Ihren Antrag angenommen haben; sichtbares Zeichen hierfür ist der Versicherungsschein oder eine entsprechende Annahmestätigung, die Ihnen zugeht.

Sind Wartezeiten im Tarif vorgesehen, beginnt der Versicherungsschutz erst nach deren Ablauf. Die Wartezeit läuft ab Versicherungsbeginn. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Pflegeversicherung drei Jahre.

Für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz- und Kieferorthopädie beträgt die Wartezeit acht Monate. Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten auch aufgrund einer ärztlichen Untersuchung erlassen werden oder entfallen ganz oder teilweise, wenn die Behandlung wegen eines Unfalls stattfindet. Eine Vorversicherungszeit in der GKV oder PKV kann auf die Wartezeit in der Krankheitskostenvoll- und einer gleichzeitig abgeschlossenen Krankentagegeldversicherung angerechnet werden. Bitte lesen Sie hierzu in Ihren AVB, ob dies bei Ihnen zutrifft. Die auf Sie zutreffende Wartezeitregelung weisen wir Ihnen zudem im Versicherungsschein aus.

Bei allen Tarifen ist die Vertragslaufzeit grundsätzlich unbegrenzt, soweit Versicherungsschutz für die versicherten Personen im Tarif besteht (siehe hierzu unter dem Punkt Versicherungsfähigkeit in Ihren Tarifbedingungen). Detail-

lierte Informationen sowie weitere Beendigungsgründe finden Sie unter §§ 13–15 der AVB/VT bzw. §§ 13 und 14 der GAVB/VT.

Vertragsbeendigung

Sie können das Vertragsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres (entspricht bei den meisten Tarifen dem Kalenderjahr), frühestens aber nach Ablauf einer Mindestvertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann dabei auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. Die Mindestvertragsdauer beträgt in den von Ihnen gewünschten Tarifen zwei Jahre.

II. Allgemeine Verbraucherinformation (§ 1 VVG-InfoV)

1. Informationen zu den Vertragspartnern

Versicherungsunternehmen

UKV – Union Krankenversicherung AG

Registergericht Saarbrücken HRB 7184

Ust. Ident. Nr. DE138118055

Ladungsfähige Anschrift des Versicherers

Peter-Zimmer-Str. 2

66123 Saarbrücken

Telefon: (0681) 844-0, Telefax: (0681) 844-2509

www.ukv.de, service@ukv.de

Vorstand: Axel Kampmann (Vorsitzender), Manuela Kiechle, Wolfgang Reif

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Friedrich Schubring-Giese

Hauptgeschäftstätigkeit

Der Schwerpunkt unserer Geschäftstätigkeit ist der Betrieb der privaten Krankenversicherung auf der Basis privatrechtlicher, schuldrechtlicher Verträge.

Gesetzlicher Garantiefonds

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Krankenversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 124 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes), der bei der Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, errichtet ist.

Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Person, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Unser Unternehmen gehört dem Sicherungsfonds an.

2. Informationen zur angebotenen Versicherungsleistung

Vertragsgrundlagen

Diesem Versicherungsvertrag liegen, je nach dem von Ihnen gewählten Tarif, die Tarifbedingungen (Bezeichnung entspricht dem Tarifnamen) und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) zu Grunde:

- **AVB/VT:** ZahnPREMIUM, ZahnPREMIUM61, ZahnPREMIUM/youngline
- **GAVB/VT:** ZahnPREMIUM (Gruppen), ZahnPREMIUM61 (Gruppen), ZahnPREMIUM/youngline (Gruppen)

Produktbeschreibung

Im Produktinformationsblatt können Sie unter dem Punkt „Versicherte Leistungen und ausgeschlossene Risiken“ ausführlich ersehen, welchen Leistungsumfang die von Ihnen gewählten Tarife haben.

Fälligkeit und Leistungserfüllung

Leistungspflicht für den Versicherer besteht für die während der Dauer der Versicherung entstehenden Aufwendungen. Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie verursachenden Umstände eingetreten sind, z. B. der Zeitpunkt der ärztlichen Behandlung, des Kaufs der Arzneimittel, des Krankenhausaufenthaltes.

Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von uns geforderten Nachweise erbracht sind.

Unsere Geldleistungen sind fällig, wenn wir die notwendigen Erhebungen zur Feststellung des Versicherungsfalles und zum Umfang unserer Leistungspflicht durchgeführt haben. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Wurde der Anspruch auf Auszahlung der Geldleistung bei uns eingereicht, so wird der Lauf der Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen oder der bezugsberechtigten versicherten Person unsere Entscheidung in Textform zugeht.

Beitrag

Ihren Beitrag entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt. Dort ist unter dem Punkt „Beitrag“ Ihr monatlicher Beitrag für die gewählten Tarife ausgewiesen.

Zusätzliche Kosten

Beiträge für Versicherungen sind umsatzsteuerfrei. Im Gegensatz zu anderen Versicherungsarten unterliegt die Krankenversicherung auch nicht der Versicherungssteuer. Zusätzliche Kosten können entstehen, falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird (z. B. Rückläufe aus Lastschriftverfahren, Mahngebühren, Übersetzungsgebühren). In solchen Fällen können wir eine Gebühr gesondert in Rechnung stellen.

Wir unterhalten keine Telekommunikationsanschlüsse, für die Sie über die üblichen Grundtarife hinausgehende Nutzungsgebühren zahlen müssten.

Zahlung und Erfüllung des Beitrags

Die Beitragszahlung findet je nach Ihrer Wahl per Überweisung oder im Lastschrifteinzugsverfahren statt. Ihre hierzu gemachten Angaben werden in der Beitragsaufstellung zum Versicherungsschein wiedergegeben.

Nähere Informationen zur Beitragszahlung und zu den Folgen bei Nichtzahlung finden Sie im Produktinformationsblatt unter dem Punkt „Beitrag“.

Gültigkeitsdauer dieser Information

Unser Angebot (inklusive der Beiträge) gilt für einen Monat ab dem Zeitpunkt der Übergabe dieser Informationen.

3. Informationen zum Versicherungsvertrag

Zustandekommen des Vertrages

Der Versicherungsvertrag kommt durch zwei übereinstimmende Willenserklärungen zustande. Ihre Willenserklärung ist der per Brief oder Fax gestellte Antrag, unsere Willenserklärung ist die entsprechende Annahmeerklärung bzw. der Ihnen übermittelte Versicherungsschein.

Nähere Informationen zum Beginn des Versicherungsschutzes und zu Wartezeiten finden Sie im Produktinformationsblatt unter dem Punkt „Beginn und Ende des Versicherungsschutzes“.

Widerrufsrecht und -folgen

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Absatz 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VWG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an das Versicherungsunternehmen (Anschrift siehe vorne unter dem Punkt „Ladungsfähige Anschrift“).

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Die Erstattung zurückzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach dem Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Laufzeiten

Die Vertragslaufzeit in der Krankenversicherung ist grundsätzlich unbegrenzt, solange Versicherungsfähigkeit in Ihrem Tarif besteht. Besondere Beendigungsgründe (Wegzug aus Europa oder Tod einer versicherten Person) finden Sie in Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Kündigungsbedingungen

Nähere Informationen zu den Kündigungsbedingungen finden Sie im Produktinformationsblatt unter dem Punkt „Vertragsbeendigung“.

Anwendbares Recht

Nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt für diesen Vertrag deutsches Recht. Ansprüche gegen den Versicherer können bei dem Gericht des Wohnsitzes bzw. des gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers geltend gemacht werden.

Näheres zum Gerichtsstand finden Sie in § 17 AVB/VT bzw. GAVB/VT.

Sprache

Für die Vertragsbedingungen einschließlich sämtlicher Informationen sowie für die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages wird ausschließlich die deutsche Sprache verwendet.

4. Informationen zum Rechtsweg

Beschwerdestelle

Privat und menschlich: Das ist unser Motto – dafür machen wir uns stark! Doch wo es um ein so heikles Gut wie die Gesundheit geht, bleiben unterschiedliche Ansichten leider nicht aus. Und ganz abgesehen davon, gehört zum „menschlich sein“ auch, dass man mal Fehler macht.

Deshalb unsere Bitte an Sie: Wenn Sie mit unserem Service unzufrieden oder mit einer unserer Entscheidungen nicht einverstanden sind, sprechen Sie mit uns darüber! So geben Sie uns die Chance Standpunkte auszutauschen, Missverständnisse aufzuklären und nach Lösungen zu suchen.

Selbstverständlich können Sie sich mit Ihrer Beschwerde auch an den

Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung

Kronenstraße 13

10117 Berlin

richten.

Der Ombudsmann bearbeitet nur Beschwerden, deren Streitfrage nicht bereits von einem Gericht, einer Schiedsstelle oder einer anderen Einrichtung, die sich mit der Bearbeitung von Verbraucherbeschwerden befasst, behandelt wird oder wurde.

Aufsichtsbehörde

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, Beschwerden an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn einzureichen.

Natürlich können Sie sich auch für eine gerichtliche Klärung entscheiden.

Beitragsblatt

ZahnPREMIUM

Männer	Alter	Frauen
11,36	0-14	11,36
9,83	15-19	9,27
21,07	20	26,76
21,49	21	27,42
21,94	22	28,12
22,42	23	28,86
22,93	24	29,64
23,43	25	30,37
23,95	26	31,10
24,47	27	31,81
24,99	28	32,47
25,52	29	33,09
26,05	30	33,63
26,57	31	34,10
27,09	32	34,49
27,59	33	34,82
28,07	34	35,12
28,54	35	35,42
28,97	36	35,74
29,39	37	36,12
29,79	38	36,53
30,18	39	36,99
30,57	40	37,46
30,99	41	37,92
31,43	42	38,37
31,89	43	38,80
32,37	44	39,21
32,87	45	39,62
33,37	46	40,04
33,87	47	40,45
34,37	48	40,88
34,87	49	41,30
35,36	50	41,72
35,85	51	42,11
36,33	52	42,50
36,81	53	42,86
37,29	54	43,21
37,76	55	43,55
38,23	56	43,89
38,69	57	44,22
39,14	58	44,55
39,55	59	44,85
39,93	60	45,10

ZahnPREMIUM (Gruppen)

Männer	Alter	Frauen
10,64	0-14	10,64
9,20	15-19	8,68
20,09	20	25,56
20,51	21	26,22
20,96	22	26,92
21,44	23	27,66
21,95	24	28,44
22,45	25	29,17
22,97	26	29,90
23,49	27	30,61
24,01	28	31,27
24,54	29	31,89
25,07	30	32,43
25,59	31	32,90
26,11	32	33,29
26,61	33	33,62
27,10	34	33,92
27,56	35	34,22
28,00	36	34,54
28,41	37	34,92
28,81	38	35,33
29,20	39	35,79
29,60	40	36,26
30,01	41	36,72
30,45	42	37,17
30,91	43	37,60
31,39	44	38,01
31,89	45	38,42
32,39	46	38,84
32,89	47	39,25
33,39	48	39,68
33,89	49	40,10
34,38	50	40,52
34,87	51	40,91
35,35	52	41,30
35,83	53	41,66
36,31	54	42,01
36,79	55	42,35
37,26	56	42,69
37,72	57	43,02
38,16	58	43,35
38,57	59	43,65
38,95	60	43,90

ZahnPREMIUM/YL

Männer	Alter	Frauen
9,17	20-24	9,86
11,80	25-29	17,41

ZahnPREMIUM/YL (Gruppen)

Männer	Alter	Frauen
9,17	20-24	9,86
11,80	25-29	17,41

ZahnPREMIUM61

Männer	Alter	Frauen
45,26	61-100	48,84

ZahnPREMIUM61 (Gruppen)

Männer	Alter	Frauen
43,31	61-100	46,74

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherungen (AVB/VT)

Stand: 01.01.2009, V660

Teil I: Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)

Teil II: Allgemeine Tarifbedingungen der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und der Union Krankenversicherung AG*

Präambel

Die Tarife, denen diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Grunde liegen, werden von der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG und der Union Krankenversicherung AG als rechtlich unabhängige Risikoträger gemeinsam kalkuliert und parallel angeboten. In diesen Tarifen wird die jährliche Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten (vergleiche § 8 b) gemeinsam durchgeführt. Die erforderlichen Versicherungsleistungen werden aus der Beobachtung des Gesamtbestandes beider Risikoträger abgeleitet.

Sofern eine Anpassung der Versicherungsbeiträge notwendig ist, wird diese für den gesamten Versicherungsbestand gemeinsam einheitlich durchgeführt.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

I.

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer

- a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
- b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

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

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
- c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

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

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vergleiche aber § 15 Absatz 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

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

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Absatz 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

II.

Zu § 1 Absatz 1 MB/KK

Die Bezeichnung „der Versicherer“ bezeichnet – auch im Folgenden – den jeweiligen Risikoträger, d. h. das Versicherungsunternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag geschlossen wurde.

Zu § 1 Absatz 4 Satz 3 und 4 MB/KK

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

Zu § 1 Absatz 6 MB/KK

Ändert sich bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass der Versicherer den Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife so anpasst, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt, passt der Versicherer den Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeiten zum Ersten des Monats, in dem die Änderung eintritt, an. Bei nicht fristgemäßer Beantragung wird der Versicherungsschutz zum Ersten des auf die Beantragung folgenden Monats angepasst. Soweit der Versicherungsschutz dann höher ist, kann der Versicherer insoweit einen Risikozuschlag verlangen oder einen Leistungsausschluss vereinbaren.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

I.

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

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

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

II.

Zu § 2 Absatz 2 Satz 2; Absatz 3 MB/KK

Sind die Voraussetzungen zur Aufnahme eines Neugeborenen gegeben, besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden und angeborene Gebrechen.

§ 3 Wartezeiten

I.

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

Sie entfällt

a) bei Unfällen;

b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

(4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

(5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Absatz 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

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

II.

Zu § 3 Absatz 3 MB/KK

Auch die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

Zu § 3 Absatz 4 MB/KK

Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Antragsteller innerhalb von drei Wochen nach Antragstellung auf dem vorgesehenen Vordruck ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorlegt.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

I.

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

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

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

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

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

II.

Zu § 4 Absatz 1 MB/KK

(1) Leistungspflicht besteht für die während der Dauer der Versicherung entstehenden Aufwendungen. Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie verursachenden Umstände eingetreten sind, z. B. Zeitpunkt der Behandlung, des Kaufes der Arzneimittel oder Hilfsmittel, des Krankenhausaufenthaltes. Dies gilt entsprechend für Krankenhaustagegeldleistungen.

(2) Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird vom Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders jährlich festgelegt. Dabei wird entschieden, welche Tarife oder Tarifkombinationen an der Beitragsrückerstattung durch Auszahlung bzw. Gutschrift teilnehmen und in welcher Höhe. Die Verwendung von Beträgen aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung als Einmalbeitrag zur Beitragsenkung, zur Abwendung bzw. Milderung von Beitrags-erhöhungen oder zur Leistungserhöhung wird vom Versicherer jährlich festgelegt.

Ein Anspruch auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung besteht für jede Person, die folgende Voraussetzungen erfüllt:

- a) Es muss während des ganzen Geschäftsjahres*) ein berechtigter Tarif mit voller Beitragspflicht bestanden haben und am 30. Juni des Folgejahres noch bestehen. Das letzte Erfordernis entfällt, wenn im ersten Halbjahr des Folgejahres eine der folgenden Voraussetzungen eintritt:
 - Tod des Versicherten
 - Kündigung wegen Eintritts der Krankenversicherungspflicht
 - Übertritt in andere Tarife des Versicherers
 - Vereinbarung einer Anwartschafts- oder Ruhensversicherung
- b) Es dürfen für Aufwendungen, die im abgelaufenen Geschäftsjahr entstanden sind, keine Leistungen erbracht worden sein.
- c) Die Beiträge für das leistungsfrei verlaufene Geschäftsjahr müssen entrichtet worden sein.

Die Beitragsrückerstattung wird in der zweiten Hälfte des Geschäftsjahres, das dem leistungsfrei verlaufenen Geschäftsjahr folgt, ohne Antrag ausbezahlt oder verrechnet. Werden nach Auszahlung der Beitragsrückerstattung Leistungen aus dem abgelaufenen Geschäftsjahr geltend gemacht, werden diese mit der geleisteten Beitragsrückerstattung verrechnet.

Zu § 4 Absatz 2 MB/KK

Sofern der Tarif Leistungen bei Psychotherapie vorsieht, werden diese auch dann erbracht, wenn die Behandlung durch Ärzte, approbierte ärztliche Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorgenommen wird.

Zu § 4 Absatz 3 MB/KK

(1) Als Arzneimittel gelten nicht, selbst wenn sie im Einzelfall für die Behandlung einer Krankheit verordnet sind, Tonika, Diät-, Nähr-, Stärkungs-, Entfettungs- und Genussmittel, medizinische Weine, Mineralwasser, Badeszutze, Kosmetika und Mittel, die der Reinigung und Pflege des Körpers dienen; ferner sind Arzneimittel von der Kostenerstattung ausgeschlossen, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, die auch der Empfängnisverhütung dienen oder die nach Angaben des Herstellers die biologischen Alterungsvorgänge hemmen oder mildern.

(2) Als Heilmittel gelten die im Abschnitt E „physikalischmedizinische Leistungen“ der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführten Leistungen, soweit sie von den unter § 4 Teil I Absatz 2 MB/KK aufgeführten Therapeuten sowie von staatlich geprüften Krankengymnasten, Masseuren und medizinischen Bademeistern, Masseuren, Logopäden und Fachkräften für Lymphdrainagen erbracht werden.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

I.

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- f) entfällt
- g) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
- h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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

(3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

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

II.

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe a) MB/KK

Abweichend von § 5 Absatz 1 Buchstabe a) wird für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen und deren Folgen, die erstmalig nach Versicherungsbeginn eingetreten sind, nach § 5 Absatz 3 geleistet.

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe b) MB/KK

Abweichend von § 5 Absatz 1 Buchstabe b) MB/KK wird bei der ersten Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, ein Kostenzuschuss gezahlt, wenn und soweit der Versicherer diesen vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind, unabhängig vom jeweils vereinbarten Versicherungsschutz, nur die allgemeinen Krankenhausleistungen zuschussfähig. Ein Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt.

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe e) MB/KK

Abweichend von § 5 Absatz 1 Buchstabe e) MB/KK sind die in einem Heilbad oder Kurort entstandenen Kosten für ambulante Heilbehandlung erstattungspflichtig.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

I.

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VG.
- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Die in Fremdwährung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

II.

Zu § 6 Absatz 1 MB/KK

(1) Rechnungen für im abgelaufenen Geschäftsjahr entstandene Aufwendungen sollen bis spätestens 30. Juni des laufenden Geschäftsjahres eingereicht werden. Versicherungsleistungen sind mit dem vorgesehenen Vordruck zu beantragen. Alle Rechnungen oder sonstige Unterlagen, aus denen Leistungsansprüche geltend gemacht werden, sind im Original beizufügen, Arzneimittelrechnungen zusammen mit der Arztrechnung für den entsprechenden Zeitraum. Die Rechnungen müssen den Namen des Behandelten, die Bezeichnung der behandelten Krankheit, Angabe und Zahl der einzelnen Leistungen mit den Behandlungsdaten und den Ziffern der zugrunde liegenden Gebührenordnung enthalten.

(2) Bei Rechnungen in fremder Sprache kann der Versicherer eine Übersetzung in die deutsche Sprache verlangen.

Zu § 6 Absatz 4 MB/KK

Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

Zu § 6 Absatz 6 MB/KK

Der Versicherungsnehmer kann bei einer stationären Heilbehandlung seine insoweit bestehenden Ansprüche auf Versicherungsleistungen mit dem vorgesehenen Vordruck an das Krankenhaus abtreten.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

I.

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

I.

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Absatz 3 VG) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Beitrag wird verzinst.

(4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

(5) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Absatz 3 VVG) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ungeachtet des versicherten Tarifs ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; die Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung zu entrichten.

Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenen Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch wird. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen. Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird das Ruhen der Versicherung im Basistarif gemäß § 12 Absatz 1a VAG fortgesetzt.

(7) Bei anderen als den in Absatz 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

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

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

II.

Zu § 8 Absatz 1 MB/KK

Bei jährlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass von 3 % eingeräumt.

Zu § 8 Absatz 4 MB/KK

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist – unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

Zu § 8 Absatz 5 MB/KK

Die Mahnkosten bei Mahnung rückständiger Beiträge betragen je Vertrag 2 Euro.

§ 8a Beitragsberechnung

I.

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angeordnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterswerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend ändern.

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

II.

Zu § 8a Absatz 1, 2 MB/KK

(1) Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt, und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

(2) Zur Beitragsentlastung im Alter werden bei Krankheitskostentarifen, für die eine Alterungsrückstellung zu bilden ist, den Versicherten zusätzlich Beträge gemäß § 12a VAG gutgeschrieben.

§ 8b Beitragsanpassung

I.

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif

die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Absatz 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

(2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und eventuell vereinbarten Beitragszuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

II.

Zu § 8b Absatz 1 MB/KK

Die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen sowie den Sterbewahrscheinlichkeiten wird für den gesamten Versicherungsbestand des Tarifs vorgenommen und erfolgt getrennt für jede Beobachtungseinheit (Männer, Frauen, Kinder/Jugendliche). Wenn dabei die erforderlichen Versicherungsleistungen um mehr als 5 % von den kalkulierten abweichen, können, wenn sie um mehr als 10 % abweichen, müssen die Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Weichen die erforderlichen Sterbewahrscheinlichkeiten von den kalkulierten um mehr als 5 % ab, so müssen die Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Anpassungen erfolgen bei beiden Risikoträgern einheitlich.

§ 9 Obliegenheiten

I.

(1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen zehn Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

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

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

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

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

(6) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

II.

Zu § 9 Absatz 1 MB/KK

Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung nach Absatz 1 wird verzichtet. § 4 Absatz 5 MB/KK bleibt unberührt.

Zu § 9 Absatz 2 MB/KK

Es obliegt dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person, die zur Prüfung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungspflicht erforderlichen Informationen von den in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen (Ärzte, Krankenhäuser etc.) zu beschaffen und dem Versicherer zukommen zu lassen. Die Obliegenheit entfällt, soweit der Versicherungsnehmer und die versicherte Person in die Erhebung der erforderlichen personenbezogenen Gesundheitsdaten durch den Versicherer eingewilligt und die in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen von der Schweigepflicht entbunden hat.

Zu § 9 Absatz 6 MB/KK

Die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Krankenhaustagegeldversicherung bedarf ebenfalls der Einwilligung des Versicherers.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

I.

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Absatz 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

I.

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

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

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

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

§ 12 Aufrechnung

I.

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

I.

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

(7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§193 Absatz 3 VVG), setzt die Kündigung nach den Absätzen 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen, der Pflicht zur Versicherung dienenden substitutiven Vertrages (§ 195 Absatz 1 VVG) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Altersrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Absatz 1 Nummer 5 VAG auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 geschlossene Verträge.

(9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

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

(11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

II.

Zu § 13 Absatz 1 MB/KK

(1) Der Versicherungsvertrag wird zunächst auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um ein Versicherungsjahr, wenn er nicht vom Versicherungsnehmer mit einer Frist von drei Monaten gekündigt wird.

(2) Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres. Wechsel des Tarifes, Erhöhungen oder Reduzierungen des Krankenhaustagegeldes haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

Zu § 13 Absatz 2 MB/KK

Volljährige versicherte Personen haben das Recht, das Versicherungsverhältnis, soweit es sie betrifft, durch Erklärung gegenüber dem Versicherer zum Ersten des übernächsten Monats als selbständigen Versicherungsvertrag fortzusetzen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

I.

(1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Absatz 3 VVG) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Absatz 1 VVG ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.

(2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

(3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

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

(5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Absatz 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

II.

Zu § 14 Absatz 2 MB/KK

Auf das ordentliche Kündigungsrecht wird in der Krankheitskostenteilversicherung auch verzichtet, wenn die Voraussetzungen nach § 14 Absatz 1 nicht vorliegen.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

I.

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

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

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

I.

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

§ 17 Gerichtsstand

I.

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

I.

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

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

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

- I.
- (1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Absätze 2 a Nummer 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nummer 1 Absatz 5 und Nummer 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.
- (2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

- I.
- Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist.
- Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Allgemeine Gruppenversicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und der Union Krankenversicherung AG (GAVB/VT)

Stand: 01.01.2009, GV427

Präambel

Die Tarife, denen diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Grunde liegen, werden von der Bayerischen Beamtenkrankenkasse und der Union Krankenversicherung als rechtlich unabhängige Risikoträger gemeinsam kalkuliert und parallel angeboten.

In diesen Tarifen wird die jährliche Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten (vergleiche § 8b) gemeinsam durchgeführt. Die erforderlichen Versicherungsleistungen werden aus der Beobachtung des Gesamtbestandes beider Risikoträger abgeleitet.

Sofern eine Anpassung der Versicherungsbeiträge notwendig ist, wird diese für den gesamten Versicherungsbestand gemeinsam einheitlich durchgeführt.

Begriffsbestimmungen

Versicherer, Versicherungsnehmer, Hauptversicherter und mitversicherte Personen

- (1) Versicherer ist der jeweilige Risikoträger, d. h. das Versicherungsunternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag geschlossen wurde.
- (2) Versicherungsnehmer ist die juristische Person, mit der der Versicherer einen Gruppenversicherungsvertrag abgeschlossen hat.
- (3) Hauptversicherte sind die am Gruppenversicherungsvertrag teilnehmenden Mitarbeiter bzw. Mitglieder des Versicherungsnehmers. Hauptversicherte sind auch die teilnehmenden Mitglieder der Geschäftsleitung des Versicherungsnehmers sowie bereits versicherte Personen, die unmittelbar aus einem Arbeitsverhältnis beim Versicherungsnehmer in den Ruhestand eintreten.
- (4) Mitversicherte Personen sind die versicherten Ehegatten, Lebenspartner und Kinder des Hauptversicherten; Kinder jedoch nur bis zum Abschluss ihrer Berufsausbildung, längstens bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Gruppenversicherungsvertrag und im Tarif genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer

- in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
 - in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
- Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

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

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vergleiche aber § 13 Absatz 2 Buchstabe a).

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

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

(6) Der Hauptversicherte kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Absatz 6) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Absatz 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

(7) Ändert sich bei einer versicherten Person mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, hat der Hauptversicherte Anspruch darauf, dass der Versicherer den Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife so anpasst, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt, passt der Versicherer den Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeiten zum Ersten des Monats, in dem die Änderung eintritt, an. Bei nicht fristgemäßer Beantragung wird der Versicherungsschutz zum Ersten des auf die Beantragung folgenden Monats angepasst. Soweit der Versicherungsschutz dann höher ist, kann der Versicherer insoweit einen Risikozuschlag verlangen oder einen Leistungsausschluss vereinbaren.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes, Versicherungsjahr

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsnachweis bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), frühestens aber mit dem Beginn des Gruppenversicherungsvertrages, jedoch nicht vor Zugang des Versicherungsnachweises beim Hauptversicherten und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Zugang des Versicherungsnachweises eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein. Sind die Voraussetzungen zur Aufnahme eines Neugeborenen gegeben, besteht Versicherungsschutz auch für Geburtschäden und angeborene Gebrechen.

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

(4) Die Mitversicherung von Neugeborenen oder Adoptivkindern ist nur nach solchen Tarifen möglich, die für den Neuzugang geöffnet sind.

(5) Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt das Versicherungsverhältnis nicht am 1. Januar eines Jahres, endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres. Wechsel des Tarifes, Erhöhungen oder Reduzierungen des Krankenhaustagegeldes haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an. Sie entfallen bei Unfällen.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

(4) Sofern der Gruppenversicherungsvertrag es vorsieht, können die Wartezeiten erlassen werden.

(5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Absatz 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge. Personen, die aus einer deutschen privaten Krankenversicherung ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit in einer Krankheitskostenvollversicherung auf die Wartezeiten angerechnet. Absatz 5 Satz 2 gilt entsprechend.

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif und diesen Versicherungsbedingungen.

(2) Leistungspflicht besteht für die während der Dauer der Versicherung entstehenden Aufwendungen. Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie verursachenden Umstände eingetreten sind, z. B. Zeitpunkt der Behandlung, des Kaufes der Arzneimittel oder Hilfsmittel, des Krankenhausaufenthaltes. Dies gilt entsprechend für Krankenhaustagegeldleistungen.

(3) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden. Sofern der Tarif Leistungen bei Psychotherapie vorsieht, werden diese auch dann erbracht, wenn die Behandlung durch Ärzte, approbierte ärztliche Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorgenommen wird.

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

Als Arzneimittel gelten nicht, selbst wenn sie im Einzelfall für die Behandlung einer Krankheit verordnet sind, Tonika, Diät-, Nähr-, Stärkungs-, Entfettungs- und Genussmittel, medizinische Weine, Mineralwasser, Badesubstanzen, Kosmetika und Mittel, die der Reinigung und Pflege des Körpers dienen; ferner sind Arzneimittel von der Kostenerstattung ausgeschlossen, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, die auch der Empfängnisverhütung dienen oder die nach Angaben des Herstellers die biologischen Alterungsvorgänge hemmen oder mildern.

Als Heilmittel gelten die im Abschnitt E „physikalisch-medizinische Leistungen“ der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführten Leistungen, soweit sie von den in Absatz 3 aufgeführten Therapeuten sowie von staatlich geprüften Krankengymnasten, Masseuren und medizinischen Bademeistern, Masseuren, Logopäden und Fachkräften für Lymphdrainagen erbracht werden.

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

(6) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 5 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherte diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

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

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind, wird nur geleistet, wenn sie erstmalig nach Versicherungsbeginn eingetreten sind.

(2) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren; Jedoch wird bei der ersten Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, ein Kostenzuschuss gezahlt, wenn und soweit der Versicherte diesen vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherten beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind unabhängig vom jeweils vereinbarten Versicherungsschutz nur die allgemeinen Krankenhausleistungen zuschussfähig. Ein Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt;
- b) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherte aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Hauptversicherten über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- c) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- d) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Partnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- e) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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

(4) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, ist der Versicherte, unbeschadet der Ansprüche des Hauptversicherten auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

(2) Der Hauptversicherte hat – auch aus dem Versicherungsverhältnis der mitversicherten Personen – gegen den Versicherer einen unmittelbaren Anspruch auf die Versicherungsleistungen.

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

(4) Rechnungen für im abgelaufenen Kalenderjahr entstandene Aufwendungen sollen bis spätestens 30. Juni des laufenden Kalenderjahres eingereicht werden. Versicherungsleistungen sind mit dem vorgesehenen Vordruck zu beantragen. Alle Rechnungen oder sonstige Unterlagen, aus denen Leistungsansprüche geltend gemacht werden, sind im Original beizufügen, Arzneimittelrechnungen zusammen mit der Arztrechnung für den entsprechenden Zeitraum. Die Rechnungen müssen den Namen des Behandelten, die Bezeichnung der behandelten Krankheit, Angabe und Zahl der einzelnen Leistungen mit den Behandlungsdaten und den Ziffern der zugrunde liegenden Gebührenordnung enthalten.

- (5) Bei Rechnungen in fremder Sprache kann der Versicherer eine Übersetzung in die deutsche Sprache verlangen.
- (6) Der Versicherer ist verpflichtet, an die mitversicherte Person zu leisten, wenn der Hauptversicherte ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Hauptversicherte die Leistung verlangen.
- (7) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
- (8) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (9) Der Hauptversicherte kann bei einer stationären Heilbehandlung seine insoweit bestehenden Ansprüche auf Versicherungsleistungen mit dem vorgesehenen Vordruck an das Krankenhaus abtreten. Im Übrigen können Ansprüche auf Versicherungsleistungen weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers und des Hauptversicherten

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, ist der Unterschiedsbeitrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern es nicht fristgemäß gekündigt wurde, kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Bei jährlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass von 3 % eingeräumt.
- (4) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Absatz 3 VVG) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Beitrag wird verzinst.
- (5) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist – unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach Zugang des Versicherungsnachweises zu zahlen.
- (6) Kommt der Versicherungsnehmer bzw. der Hauptversicherte mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (7) Ist der Versicherungsnehmer bzw. der Hauptversicherte bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Absatz 3 VVG) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer bzw. beim Hauptversicherten ein. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ungeachtet des versicherten Tarifs ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; die Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer bzw. der Hauptversicherte für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1% des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten. Im Übrigen betragen die Mahnkosten bei Mahnung rückständiger Beiträge je Vertrag 2 Euro.
- (8) Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenen Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Hauptversicherte oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.
- (9) Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird das Ruhen der Versicherung im Basistarif gemäß § 12 Absatz 1a VAG fortgesetzt.
- (10) Bei anderen als den in Absatz 5 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.
- (11) Wird der Gruppenversicherungsvertrag bzw. das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Absatz 2 VVG oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts-

oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(12) Die Beiträge sind an die vom Versicherer bezeichnete Stelle zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt, und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

(4) Zur Beitragsentlastung im Alter werden bei Krankheitskostentarifen, für die eine Alterungsrückstellung zu bilden ist, den Versicherten zusätzlich Beträge gemäß § 12 a VAG gutgeschrieben.

(5) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Beitrags- und Risikozuschläge entsprechend ändern.

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

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Absatz 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

Die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen sowie den Sterbewahrscheinlichkeiten wird für den gesamten Versicherungsbestand des Tarifs vorgenommen und erfolgt getrennt für jede Beobachtungseinheit (Männer, Frauen, Kinder/Jugendliche). Wenn dabei die erforderlichen Versicherungsleistungen um mehr als 5 % von den kalkulierten abweichen, können, wenn sie um mehr als 10 % abweichen, müssen die Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Weichen die erforderlichen Sterbewahrscheinlichkeiten von den kalkulierten um mehr als 5 % ab, müssen die Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Anpassungen erfolgen bei beiden Risikoträgern einheitlich.

(2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und eventuell vereinbarten Beitrags- bzw. Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers bzw. des Hauptversicherten folgt.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Der Hauptversicherte und die als empfangsberechtigt benannte mitversicherte Person (vergleiche § 6 Absatz 6) hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

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

Es obliegt dem Hauptversicherten und der versicherten Person, die zur Prüfung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungspflicht erforderlichen Informationen von den in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen (Ärzte, Krankenhäuser etc.) zu beschaffen und dem Versicherer zukommen zu lassen.

Die Obliegenheit entfällt, soweit der Versicherungsnehmer und die versicherte Person in die Erhebung der erforderlichen personenbezogenen Gesundheitsdaten durch den Versicherer eingewilligt und die in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen von der Schweigepflicht entbunden hat.

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

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

(5) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden. Die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Krankenhaustagegeldversicherung bedarf ebenfalls der Einwilligung des Versicherers.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit der in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkung ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absätze 1 bis 3 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Absätze 4 und 5 genannten Obliegenheiten verletzt, kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§193 Absatz 3 VVG) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der mitversicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Hauptversicherten gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

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

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

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

§ 12 Aufrechnung

Versicherungsnehmer und Hauptversicherter können gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten und rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 13 Beendigung des Versicherungsverhältnisses

(1) Das Versicherungsverhältnis des Hauptversicherten sowie die darauf beruhenden Versicherungsverhältnisse der mitversicherten Personen enden

- a) bei Ausscheiden aus dem nach dem Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis;
- b) bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages;
- c) mit dem Tod des Hauptversicherten;

d) bei Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten, jedoch nicht vor Ablauf des zweiten Versicherungsjahres. Die Abmeldung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(2) Hinsichtlich der einzelnen versicherten Personen endet das Versicherungsverhältnis

- a) mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes aus Deutschland in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 6 genannten, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 6 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln;
- b) bei Rücktritt, Anfechtung oder außerordentlicher Kündigung des Versicherers. Diese Rechte können nur gegenüber dem Hauptversicherten geltend gemacht und auf einzelne Personen oder Tarife beschränkt werden;
- c) bei Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag zum Zweck der Weiterversicherung nach dem Standardtarif mit Beitragsgarantie (§ 19) oder nach dem Basistarif (§ 20);
- d) mit dem Tod der versicherten Person.

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig, kann der Hauptversicherte die krankenversicherungspflichtig werdende Person binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht aus dem Gruppenversicherungsvertrag abmelden.

Die Abmeldung zu diesem Zeitpunkt ist nur wirksam, wenn der Hauptversicherte den Eintritt der Versicherungspflicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem ihn der Versicherer hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Hauptversicherte hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten.

Macht der Hauptversicherte von seinem Recht zur Abmeldung Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Hauptversicherte die Krankheitskostenversicherung zum Ende des Monats abmelden, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(4) Hat eine Vereinbarung in den Gruppenversicherungsbedingungen zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Hauptversicherte die betroffene versicherte Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren In-Kraft-Tretens aus dem Gruppenversicherungsvertrag abmelden, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1, kann der Hauptversicherte die von der Änderung betroffenen Personen innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung, bei einer Beitragserhöhung auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung abmelden.

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

(7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG), so wird es in den Fällen des § 13 Absatz 1 als Einzelversicherung fortgesetzt, es sei denn, dass die versicherte Person bis spätestens zum Ablauf des zweiten Monats nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses nachweist, dass sie bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Absatz 1 VVG) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte

Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Absatz 1 Nummer 5 VAG auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

(9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

(10) Die Kündigung bzw. Abmeldung durch den Hauptversicherten ist nur wirksam, wenn der Hauptversicherte nachweist, dass die betroffenen mitversicherten Personen von der Kündigungs- bzw. Abmeldeerklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 14 Fortführung als Einzelversicherung

(1) Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses nach § 13 Absatz 1 Buchstabe a) oder b) kann der Hauptversicherte bzw. können die mitversicherten Personen, in den Fällen des § 13 Absatz 1 Buchstabe c) oder d) können die mitversicherten Personen – sofern das Versicherungsverhältnis mindestens drei Monate ununterbrochen bestand oder der Pflicht zur Versicherung dient (§ 193 Absatz 3 VVG) – die Umwandlung der bisherigen Gruppenversicherung in eine Einzelversicherung nach einem entsprechenden für das Neugeschäft offenen Tarif des Versicherers und den dafür geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen beantragen. Soweit sich keine Mehrleistungen ergeben, werden Krankheiten und Unfallfolgen, die während der Laufzeit der Gruppenversicherung aufgetreten sind, ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten in den Versicherungsschutz übernommen. Bestehende besondere Vereinbarungen bleiben dabei in Kraft.

(2) Der Antrag auf Umwandlung muss spätestens zum Ablauf des zweiten Monats nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses gestellt werden.

(3) Bei der Umwandlung in eine Einzelversicherung wird die Zeit, während der der Hauptversicherte bzw. die mitversicherte Person im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages ununterbrochen versichert war, auf etwaige Fristen und Wartezeiten in der Einzelversicherung angerechnet und bei der Beitragsfestsetzung entsprechend § 8a berücksichtigt.

Sonstige Bestimmungen

§ 15 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird vom Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders jährlich festgelegt. Dabei wird entschieden, welche Tarife oder Tarifkombinationen an der Beitragsrückerstattung durch Auszahlung bzw. Gutschrift teilnehmen und in welcher Höhe. Die Verwendung von Beträgen aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung, gleich ob durch Auszahlung bzw. Gutschrift, als Einmalbeitrag zur Beitragssenkung, zur Abwendung bzw. Milderung von Beitragserhöhungen oder zur Leistungserhöhung, wird vom Versicherer jährlich festgelegt.

Ein Anspruch auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung besteht für jede Person, die folgende Voraussetzungen erfüllt:

- a) Es muss während des ganzen Kalenderjahres ein berechtigter Tarif mit voller Beitragspflicht bestanden haben und am 30. Juni des Folgejahres noch bestehen. Das letzte Erfordernis entfällt, wenn im ersten Halbjahr des Folgejahres eine der folgenden Voraussetzungen eintritt:
 - Tod des Versicherten
 - Kündigung wegen Eintritts der Krankenversicherungspflicht
 - Übertritt in andere Tarife des Versicherers
 - Vereinbarung einer Anwartschafts- oder Ruhensversicherung
- b) Es dürfen für Aufwendungen, die im abgelaufenen Kalenderjahr entstanden sind, keine Leistungen erbracht worden sein.
- c) Die Beiträge für das leistungsfrei verlaufene Kalenderjahr müssen entrichtet worden sein.

Die Beitragsrückerstattung wird in der zweiten Hälfte des Kalenderjahres, das dem leistungsfrei verlaufenen Kalenderjahr folgt, ohne Antrag ausbezahlt oder verrechnet. Werden nach Auszahlung der Beitragsrückerstattung Leistungen aus dem abgelaufenen Kalenderjahr geltend gemacht, werden diese mit der geleisteten Beitragsrückerstattung verrechnet.

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

(2) Willenserklärungen können rechtswirksam auch gegenüber dem Hauptversicherten abgegeben werden, sofern sie sein Versicherungsverhältnis oder das einer mitversicherten Person betreffen.

§ 17 Gerichtsstand

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchststrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherten angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nach-

dem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer bzw. Hauptversicherten mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

(1) Der Hauptversicherte kann verlangen, dass versicherte Personen, die die in § 257 Absätze 2a Nummer 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nummer 1 Absatz 5 und Nummer 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Hauptversicherten auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

(2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer bzw. der Hauptversicherte kann verlangen, dass versicherte Personen in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Tarif ZahnPREMIUM

Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.01.2010, V740, 12.2009

Es gelten die AVB/VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

I. Versicherungsleistungen

1. Sehhilfen

Ärztlich verordnete Brillen und Kontaktlinsen sowie deren Reparaturen werden zu **80 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages erstattet.

Die Erstattung ist begrenzt auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt 250 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren. Zur Berechnung dieses Betrages werden die erstattungsfähigen Rechnungsbeträge aus dem Kalenderjahr, in dem die Sehhilfe bezogen oder repariert wurde, und die aus dem vorhergehenden Kalenderjahr zusammengerechnet.

Die Erstattungen für Sehhilfen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Leistungen anderer privater Versicherungen die tatsächlich entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen. Der Versicherungsnehmer hat die Leistungen, die von der GKV und anderen Versicherern erbracht werden, dem Versicherer nachzuweisen.

2. Leistungen im Zahnbereich

a) Zahnbehandlung und Zahnersatz

Bei einer zahnärztlichen Heilbehandlung werden folgende Maßnahmen zu **90 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages abzüglich der von der GKV tatsächlich erstatteten Aufwendungen ersetzt:

- Parodontose- und Wurzelbehandlung, einschließlich Wurzelspitzenresektion
 - Kunststofffüllungen
 - Aufbissbehelfe und Schienen
 - Inlay-Zahnfüllungen und Onlays
 - Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken und Prothesen) und Veneers
- Zahnkronen und Brücken werden in vollkeramischer und in metallischer Ausführung mit Verblendung erstattet.
- Implantate
 - funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Gnathologie).
 - vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen, Röntgenaufnahmen und Strahlendiagnostik, die unmittelbar zur Versorgung mit erstattungsfähigem Zahnersatz erforderlich werden,
 - Reparaturen von bestehendem Zahnersatz
 - Heil- und Kostenplan

Die Erstattung ist begrenzt

- im ersten Kalenderjahr auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt höchstens 1.000 Euro
- in den ersten beiden Kalenderjahren auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt höchstens 3.000 Euro
- in den ersten drei Kalenderjahren auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt höchstens 6.000 Euro
- ab dem vierten Kalenderjahr auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt höchstens 15.000 Euro in vier Kalenderjahren. Diese Höchstgrenze gilt auch bei einem Wechsel aus einem anderen Tarif.

Zur Berechnung der Erstattungshöhen werden die erstattungsfähigen Rechnungsbeträge aus dem Kalenderjahr, in dem die Behandlung stattfand, und die aus den entsprechend vorhergehenden Kalenderjahren zusammengerechnet.

Die Begrenzungen gelten nicht für einen Versicherungsfall, der durch einen nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall verursacht wurde.

b) Kieferorthopädie

Erstattet werden **90 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages abzüglich der von der GKV tatsächlich erstatteten Aufwendungen

- für kieferorthopädische Leistungen, wenn die Behandlung vor Vollendung des 19. Lebensjahres begonnen wird.
- für vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen, Röntgenaufnahmen und Strahlendiagnostik, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Leistung stehen.
- für den Heil- und Kostenplan.

c) sonstige Bestimmungen

Voraussetzung für die Erstattung der Leistung ist, dass die entstandenen Aufwendungen durch das Original der Rechnungen mit dem Erstattungsvermerk der GKV nachgewiesen werden.

Die Erstattung erfolgt, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Zahntechnische Laborarbeiten und Materialkosten werden erstattet, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für diesen Tarif aufgeführt sind und bis zu der dort genannten Höhe. Das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten und Materialkosten kann unter den Voraussetzungen des § 203 Absatz 3, 4 und 5 VVG mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Kalenderjahres, den veränderten Bedingungen angepasst werden.

3. Auslandsreisen

a) Erstattungshöhe und -voraussetzungen

Erstattet werden **100 %** der erstattungsfähigen Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei einem im Ausland unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall während vorübergehender Reisen bis zu einer Dauer von jeweils 60 Tagen.

b) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- ambulante und stationäre Behandlung
 - ärztliche Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen und Hausbesuche einschließlich unaufschiebbarer Operationen und Operationsnebenkosten – mit Ausnahme für die Behandlung von geistigen und seelischen Störungen und Erkrankungen sowie für psychoanalytische, psychosomatische, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen
 - ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel
 - ärztlich verordnete Heilmittel (Inhalationen, Wärme- und Elektrotherapie sowie – nach einem während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfall – medizinische Bäder und Massagen) bis zu insgesamt 150 Euro je Versicherungsfall
 - ärztlich verordnete Hilfsmittel, soweit diese erstmals auf Grund eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalls erforderlich werden, bis zu insgesamt 150 Euro je Versicherungsfall
 - Röntgendiagnostik, Strahlendiagnostik und Strahlentherapie
 - Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung
 - medizinisch notwendiger Transport oder Verlegung durch anerkannte Rettungsdienste zum nächsterreichbaren zur Behandlung geeigneten Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall
- schmerzstillende Zahnbehandlung
- Krankenrücktransport

Die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen oder wirtschaftlich vertretbaren Rücktransports aus dem Ausland werden erstattet. Zusätzlich werden Mehraufwendungen für eine Begleitperson erstattet, wenn die Begleitung medizinisch notwendig ist.

Medizinisch notwendig ist der Rücktransport, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist.

Wirtschaftlich vertretbar ist der Rücktransport, wenn ein stationärer Aufenthalt von mindestens 14 Tagen wahrscheinlich wird oder die voraussichtlichen Kosten für den stationären Aufenthalt die Rücktransportkosten übersteigen würden.

Die Rückführung muss an den ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächst erreichbare zur Behandlung geeignete Krankenhaus erfolgen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

Mehraufwendungen sind die Aufwendungen, die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr ins Inland zusätzlich anfallen. Die durch den Rücktransport ersparten Fahrtkosten werden von der Versicherungsleistung abgezogen.

- Rückführung und Bestattung im Todesfall

Beim Tode der versicherten Person im Ausland werden die Aufwendungen für die Bestattung am Sterbeort oder die Überführung an deren letzten ständigen Wohnsitz erstattet.

c) Sonstige Bestimmungen

An Stelle der Regelung in § 1 Absatz 4 AVB/VT gilt für den Versicherungsschutz auf Auslandsreisen Folgendes:

- Als Ausland im Sinne von Abschnitt II Ziffer 3 dieses Tarifes gelten nicht die Bundesrepublik Deutschland sowie die Länder, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.
- Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung eines Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch mit Ablauf des 60. Tages des Auslandsaufenthaltes bzw. mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Ist die Rückreise zu diesem Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle längstens um 90 Tage.

Abweichend von § 3 Absatz 2 und 3 AVB/VT entfallen für Behandlungen auf Auslandsreisen die Wartezeiten.

Ergänzend zu den in § 5 AVB/VT genannten Leistungsausschlüssen besteht für Auslandsreisen, für deren Antritt ein Grund die Heilbehandlung im Ausland war, kein Versicherungsschutz. Gleiches gilt bei Heilbehandlungen, von denen bei Grenzüberschreitung bereits feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden

mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten, eingetragenen Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde.

Abweichend von § 5 Absatz 1 Buchstabe a) AVB/VT besteht Versicherungsschutz auf Auslandsreisen für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht wurden, wenn bei Reiseantritt für das jeweilige Urlaubsland keine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes vorlag. Dieser Versicherungsschutz entfällt am Ende des 7. Tages nach Beginn eines kriegerischen Ereignisses.

Soweit im Versicherungsfall ein Dritter leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall der Bayerischen Beamtenkrankenkasse, wird diese jedoch im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten.

II. Beiträge

1. Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

2. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Geschlecht und Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbegins und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 15. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen. Bei Änderung des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8 a AVB/VT.

III. Versicherungsfähigkeit und Obliegenheiten

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

2. Endet für eine versicherte Person die Versicherung in der GKV, hat der Versicherungsnehmer dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung im Tarif ZahnPREMIUM endet dann für diese versicherte Person zu dem Zeitpunkt, zu dem auch seine Versicherung in der GKV endet.

3. Der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Versicherung mit Leistungen für Zahnersatz oder Sehhilfen darf nur mit Einwilligung des Versicherers erfolgen. Wird diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Absatz 1 VG berechtigt, den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

GKV Gesetzliche Krankenversicherung

GOÄ Gebührenordnung für Ärzte

GOZ Gebührenordnung für Zahnärzte

VG Gesetz über den Versicherungsvertrag

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten und Materialkosten für die Tarife ZahnPREMIUM

Der Erstattungsanspruch bestimmt sich nach dem jeweils vereinbarten tariflichen Leistungsumfang.

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Arbeitsvorbereitung		Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff	26,20
Dowel-Pin setzen	4,30	Metallarmierung für provisorische Versorgung je Zahn	47,90
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	19,30	Metallprovisorium verblenden, je Zahn	39,60
Fräsockel	12,70	Provisorische Krone, Brückenglied, Stifzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	39,60
Hilfsteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	19,30	Registrierplatte und -stift incl. Basen je Kiefer	32,70
Kunststoffstümpfe, Metallstümpfe, Einzelstümpfe	18,40	Spezialbissplatte	32,70
Modell aus feuerfester Masse/Lötmodell	12,70	Tiefziehteil Formteil für provisorische Versorgung	23,30
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Okklusionsmodell	12,70	Vorwall	17,00
Modell Hartgips, Superhartgips, Kontrollmodell	7,90	Inlays	
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	12,70	Angelieferte Modellation gießen	41,40
Modellergänzung aus Kunststoff	22,10	Dreiviertelkrone, Teilkrone zur Verblendung	126,40
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	20,70	Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Metall	140,90
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	11,30	Dreiviertelkrone, Teilkrone gefräst	224,30
Montage eines Gegenkiefermodelles	11,30	Gussinlay, einflächig	98,80
Remontagemodell	12,70	Gussinlay, Onlay drei- oder mehrflächig	127,10
Spezialmodell	30,40	Gussinlay, zweiflächig	113,00
Split-Cast-Sockel an Modell	7,90	Inlay Keramik, einflächig, geschichtet	184,00
Stumpfabdruck galvanisieren	19,30	Inlay Keramik, zweiflächig, geschichtet	195,50
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	7,90	Inlay Kunststoff, einflächig	71,20
Zweistumpf für Inlay, Stumpf aus feuerfester Masse	19,00	Inlay Kunststoff, zweiflächig	85,40
Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln		Inlay Presskeramik oder gefräst, einflächig	184,00
Basis aus Kunststoff für Bissnahmen, Aufstellung	26,20	Inlay Presskeramik oder gefräst, zweiflächig	195,50
Bisswall aus Kunststoff auf Basis	17,30	Inlay, Onlay Keramik, drei- oder mehrflächig geschichtet	224,30
Bisswall aus Wachs auf Basis	7,90		

Leistung	erstattungs-fähiger Höchstbetrag Euro
----------	---

Inlay, Onlay Kunststoff, drei- oder mehrflächig	99,50
Inlay galvanisch aufgebaut, drei- oder mehrflächig	127,10
Inlay galvanisch aufgebaut einflächig	98,80
Inlay galvanisch aufgebaut zweiflächig	113,00
Inlay, Onlay Presskeramik oder gefräst, drei- oder mehrflächig	224,30

Kronen und Brückentechnik

Anker gefräst, oder gegossen für Klebebrücke	127,10
Auflage an Brückenglied	16,30
Aufpreis Mehraufwand Zirkoniumoxydverarbeitung incl. Rohling	62,80
Brückenglied, gegossen oder gefräst massiv	83,10
Brückenglied, gegossen oder gefräst für Keramik, Polymerglas, Kunststoff Teilverblendung	69,30
Brückenglied, gegossen oder gefräst für Keramik, Polymerglas, Kunststoff Vollverblendung	69,30
Galvanokrone für Verblendung	110,50
Hartkernstiftaufbau, mehrflächig, ohne Verblendung	74,80
Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	18,40
Krone, Brückenglied in vorhandene Prothese einarbeiten	18,40
Krone, gefräst, Über-Presskeramik ohne Stufenpräparation	96,70
Krone, gegossen für Keramik-Teilverblendung	99,20
Krone, gegossen für Keramik-Vollverblendung	113,00
Krone, Metall, nach Stufenpräparation	110,50
Krone, Metall, ohne Stufenpräparation für Kunststoffverblendung	96,70
Krone, Metall, ohne Stufenpräparation	96,70
Mantelkrone, Frontzahn/Seitenzahn, aus Kunststoff	88,30
Mehrflächige Verblendung aus Keramik, auch Zirkoniumoxyd	119,60
Mehrflächige Verblendung aus Kunststoff	105,80
Papille, Sattel-Pontic aus Keramik	55,50
Papille, Sattel-Pontic aus Kunststoff	42,50
Schulter aus Keramik/Glas	69,30
Sintergerüst für Krone, ohne Verblendung	85,40
Stift in Inlay für Pinledge-Technik	14,20
Stiftaufbau direkt	27,60
Stiftaufbau in vorhandene Krone	25,30
Stiftaufbau, indirekt, gegossen oder gefräst	74,80
Stufenkrone, gegossen für Keramik-Teilverblendung	99,20
Stufenkrone, gegossen für Keramik-Vollverblendung	113,00
Teilverblendung aus Keramik/Glas	105,80
Teilverblendung aus Kunststoff	64,40
Verblendschale, Veneer, Kunststoff	63,60
Verblendschale, Veneer, gefräst	105,80
Verblendschale, Veneer, Keramik, geschichtet	119,60
Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	27,60
Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvano-Wurzelkappe	99,20
Wurzelkappe, indirekt, gegossen, erodiert, mit Aufbau	85,40
Wurzelpontic aus Keramik/Glas/Polymerglass	41,70
Wurzelpontic aus Kunststoff	19,00
Wurzelstift, gegossen, aus Metall	44,90
Zahnfleisch aus Keramik	48,30
Zahnfleisch aus Kunststoff	22,10
Zirkoniumoxyd-Brückenglied zur Verblendung	104,20
Zirkoniumoxydkrone zur Verblendung	113,00

Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente

Ankerbandklammer, sekundär	155,30
Bohrung und Fräsung für Friktionsstift bei RRS	58,00
Federbolzen, Friktionsstift für RRS	58,00
Individueller Steg, Grundeinheit ohne Längeneinheit	115,10

Leistung	erstattungs-fähiger Höchstbetrag Euro
----------	---

Individueller Steg, Längeneinheit je Zahn incl. Reiter	18,50
Individuelles Geschiebe, primär oder sekundär	244,40
Individuelles Steggesschiebe/auch mit Gingivalfassung	161,60
Konfektionsgeschiebe/-riegel/verriegelnd, primär	96,00
Konfektionsgeschiebe -anker, -gelenk, primär	96,00
Konfektionssteg, Grundeinheit incl. Längeneinheit	115,10
Konfektionssteglasche in Kunststoffbasis/Metallbasis	62,80
Lager für Ankerbandklammer	72,70
Lager für Rillen-Schulter-Gesschiebe	72,70
Lager/Raste für Schubverteilungsarm	72,70
Lösungsknopf für Verbindungselement, Krone, Brücke	21,30
Rillen-Schulter-Gesschiebe, sekundär	155,30
Schub-Steckriegel, Schwenk-Drehriegel/individuell auch funkenerodiert	296,70
Schub-Steckriegel, Schwenk-Drehriegel/konfektioniert auch funkenerodiert	213,20
Schubverteilungsarm	74,10
Teillfräsung	29,70
Teleskop-Konuskrone, Doppelkrone, primär/sekundär, Metall/Zirkon auch zur Verblendung	141,20
Verschraubung/Verbolzung, auch funkenerodiert	58,00

Herstellen von herausnehmbarem Zahnersatz

Approximalklammer, Bonyhard-Klammer, gebogen	13,50
Aufstellen auf Metallbasis, je Zahneinheit	4,30
Aufstellen auf Wachs oder Kunststoffbasis, je Zahneinheit	3,60
Aufstellen, Grundeinheit	39,60
Basis oder Basisteil aus Weichkunststoff, Sonderkunststoff	115,10
Basisteil, gegossen, auch Edelmetall	86,80
Befestigung eines Zahnes mit zahncfarbenem Kunststoff	24,60
Bonwill-Klammer, gegossen, aus Edelmetall	58,90
Bonyhard-Klammer, gegossen, auch Edelmetall	15,60
Einarmige Klammer, gebogen	13,50
Einarmige, Inlay Klammer, gegossen, auch Edelmetall	15,60
Fertigstellen Kunststoff-/Metallbasis, je Zahneinheit	5,00
Fortlaufende Klammer, Auflage gegossen, auch Edelmetall	15,60
Gitter, partiell/total oder Bügel	110,70
Grundeinheit Fertigstellung mit Kunststoff-/Metallbasis	62,80
Herstellen eines Zahnes aus zahncfarbenem Kunststoff	45,30
Inlayklammer, Interdental-Klammer, gebogen	13,50
Kappe, gegossen, auch Edelmetall	27,60
Kauffläche aus zahncfarbenem Kunststoff	45,30
Kunststoff an unfütterbaren Abschlussrand	24,70
Lösungsknopf für Friktionsprothese, gegossen oder gebogen	21,30
Metallbasis als fortlaufende Klammer ohne Bügel	165,90
Metallbasis, Ober-Unterkiefer, partiell oder total	165,90
Metallkauffläche/Metallzahn, auch Edelmetall	51,60
Metallzahn/auch aus Edelmetall	51,60
Pelottenklammer, Zahnfleischklammer	13,50
Ring-, Bonyhardklammer mit Auflage, gegossen/Edelmetall	39,60
Ringklammer, gegossen/auch Edelmetall	27,60
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung, auch EM	51,60
Rücklaufklammer, Überwurfklammer gegossen/Edelmetall	39,60
Sonderkunststoff	62,10
Überwurfklammer, zweiarmig, gebogen	20,60
Überwurfklammer, Krallen, Auflage, gebogen einarmig	13,50
Umgehungsbügel bei Diastema	29,40
Unterfütterbarer Abschlussrand	38,50
Zuschlag Klammer, einzeln gegossen/auch Edelmetall	26,20
Zweiarmige Klammer mit Auflage, gebogen	26,10
Zweiarmige Klammer, gegossen/auch Edelmetall	27,60
Zweiarmige Klammer, Doppelbogenklammer gebogen	20,60
Zweiarmige Klammer, gegossen mit Auflage/auch Edelmetall	39,60

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
----------	--

Metallverbindungen

Lichtbogenschweißen/Laser-/Plasma-/Punkt-/schweißen: Mit Verlöten bei gleichen Legierungen je Verbindung	25,40
bei unterschiedlichen Legierungen je Verb.	33,70
an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	33,70
Basislegierung bei gleichen Legierungen	33,70
Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	33,70
Lötung auf Modell, Grundeinheit	25,40
Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung	34,60

Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten

Adams-, Pfeil-, Dreiecksklammer gebogen	20,60
Aktiver Sporn	11,30
Ankerband/Ankerkappe	26,90
Aufbiss	17,90
Auflage-KFO	13,50
Außenbogen	29,70
Basis für Einzelkiefergerät	65,00
Basis für KFO-Gerät, Positioner	136,90
Coffin-Feder	57,30
Doppelplatten-Führungssporn	32,60
Dorn	11,30
Druckfeder, Zugfeder	14,20
Facebow anpassen	14,20
Feder, gekreuzt	11,30
Feder, geschlossen/-kompliziert	14,20
Feder, offen/Rücklaufsporn	11,30
Führungssporn, Häkchen, Interocclusal-stop	11,30
Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer	65,00
Hochlabialbogen	32,60
Innenbogen	29,70
Kinnkappe mit Retentionshaken	65,00
Kunststoffschild	22,60
Labialbogen	25,50
Labialbogen, intermaxillär	38,90
Labialbogen, modifiziert	32,60
Lingualbogen/Lingual Frontalbogen/Palatinalbogen	29,70
Lötung Drahtbruch, KFO	19,90
Lötung je Einheit, KFO	19,90
Lötung je zusätzliche Einheit, KFO	19,90
Pelotte	22,60
Protrusionsbogen	14,20
Retentionsschiene	84,00
Schiefe Ebene aus Kunststoff/oder gegossen	54,40
Schraube einarbeiten	19,90
Schraube einarbeiten, kompliziert	29,70
Spezialschraube zur asymmetrischen Bewegung	29,70
Spezialschraube zur Einzelzahnbewegung	29,70
Spezialschraube zur Metallverbindung	29,70
Spezialschraube zur Sektorenbewegung	29,70
Spike/Stop	11,30
Teilaußenbogen/Teilinnenbogen	29,70
Trennen einer Basis/auch erschwert	8,60
U-Bügel	32,60
Verankerungsklammer	20,60
Verarbeiten eines Röhrchens/oder Schlosses	14,20
Vorbiss oder Rückbiss	13,50
Vorhofplatte	72,70
Zungengitter	22,60

Aufbisssschienen und Aufbissbehelfe

Adjustierte Aufbisssschiene, Knirscherschiene	173,70
---	--------

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
----------	--

Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	12,70
Aufbisssschiene adj. nach verschiedenen Techniken	173,70
Basis, tiefgezogen	26,20
Erweitern einer Aufbisssschiene, je Einheit	24,00
Grundeinheit Instandsetzen einer Aufbisssschiene	24,00
Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO	9,20
Medikamententrägerschiene	84,00
Miniplast-Schiene, tiefgezogen	84,00
Neu-Adjustieren einer vorhandenen Schiene	58,70
Prothese umarbeiten als Aufbissbehelf	58,70
Remontieren von KFO-Gerät	59,30
Schienungskappe aus Metall oder Kunststoff	12,70
Übertragungskappe aus Metall oder Kunststoff	30,40
Wundverbandplatte, Autopolymerisat/tiefgezogen	84,00

Wiederherstellung/Erweiterung

Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert	17,70
Basis erneuern	86,10
Basis unterfüttern, auch KFO	70,70
Basisteil unterfüttern, auch KFO	51,60
Basisteil gegossen/auch Edelmetall	86,80
Grundeinheit erweitern	24,00
Grundeinheit instand setzen	21,90
Kronen- oder Brückengliederreparatur, je Einheit	38,60
Leistungseinheit, aktivieren Teleskopkrone, Geschiebe	10,60
Leistungseinheit, Basisteil	10,60
Leistungseinheit, Bruch/Sprung	10,60
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn	10,60
Leistungseinheit, Instandsetzen individueller Riegel	10,60
Leistungseinheit, Klammer einarbeiten	10,60
Leistungseinheit, Kontaktpunkt	10,60
Leistungseinheit, Kunststoffsaft lösen und wiederbefestigen	10,60
Leistungseinheit, Nacharbeiten Keramikverblendung	10,60
Leistungseinheit, Okklusionsausgleich/Konfektionszahn	10,60
Leistungseinheit, Retention/Basisteil einarbeiten	10,60
Leistungseinheit, Rückenschutzplatte einarbeiten	10,60
Leistungseinheit, Sekundärteil wiederbefestigen ohne Lötung	85,60
Leistungseinheit, Vorbereitung für Verblendung	10,60
Leistungseinheit, Wiederbefestigung Zahn	10,60
Retention gebogen	56,40
Retention gegossen/auch Edelmetall	69,30

Implantate und Suprakonstruktionen

Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	42,40
Aufwand zu Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	69,30
Basis aus Kunststoff, auf Implantat	41,70
Funktions-, Individueller Löffel Kunststoff für Implantate	32,70
Implantatatche und -ort festlegen, je Zahn	29,70
Implantat-Divergenz-Ausgleichkrone gegossen	93,20
Implantat-Kontrollschablone	40,30
Implantatmodell	12,70
Implantatpfosten auf Modellierpfosten aufschrauben	5,00
Parallelbohrschablone für Implantat	179,40
Röntgenkugel positionieren	5,00
Verlängerungshülse für Implantat	19,00
Verschraubung, Implantat	60,00
Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen	18,20
Zahn vermessen	1,80
Zahnfleisch aus Kunststoff je Implantat	18,40

Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien

Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder gegossenem Glas	19,90
--	-------

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Keramik	19,90
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien individuell gestaltet, in Metall	28,30
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien individuell gestaltet, in Keramik	33,30
Selektives Einschleifen, je Zahn	21,30
Sonstiges	
Versand, je Versandgang	8,30
Sonderversand oder Fahrtkosten	8,30
Nicht-Edelmetall-Zuschlag	25,30

Das Preis- und Leistungsverzeichnis beschreibt abschließend die erstattungsfähigen Höchstbeträge aller zahntechnischen Laborarbeiten. Die Preise gelten zusätzlich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer. Materialkosten, die im Zusammenhang mit der Herstellung von zahntechnischen Leistungen entstehen, wie z. B. Edelmetall, Prothesenzähne, Konfektionsteile, sind in Höhe der Herstellerpreise zusätzlich der gesetzlichen Mehrwertsteuer erstattungsfähig. Zusätzlich werden Materialkosten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte gesondert berechnungsfähig sind, tariflich erstattet.

Die Preise werden alle zwei Jahre überprüft und gegebenenfalls angepasst. Mit Zustimmung des Treuhänders werden die Höchstpreise angepasst, wenn die vom Versicherer ausgewerteten Rechnungen im Mittel um mindestens 10 % von der letztgültigen Preisliste abweichen. Dabei wird auch überprüft, ob die Leistungsbeschreibungen ergänzt oder angepasst werden müssen; falls erforderlich geschieht dies mit Zustimmung des Treuhänders. Die neuen Leistungsinhalte und Preise gelten dann für Behandlungen ab dem 1. des übernächsten Monats nach der Benachrichtigung durch den Versicherer.

Tarif ZahnPREMIUM61

Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.01.2010, V854, 12.2009

Es gelten die AVB/VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

I. Versicherungsleistungen

1. Sehhilfen

Ärztlich verordnete Brillen und Kontaktlinsen sowie deren Reparaturen werden zu **80 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages erstattet.

Die Erstattung ist begrenzt auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt 250 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren. Zur Berechnung dieses Betrages werden die erstattungsfähigen Rechnungsbeträge aus dem Kalenderjahr, in dem die Sehhilfe bezogen oder repariert wurde, und die aus dem vorhergehenden Kalenderjahr zusammengerechnet.

Die Erstattungen für Sehhilfen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Leistungen anderer privater Versicherungen die tatsächlich entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen. Der Versicherungsnehmer hat die Leistungen, die von der GKV und anderen Versicherern erbracht werden, dem Versicherer nachzuweisen.

2. Leistungen im Zahnbereich

a) Zahnbehandlung und Zahnersatz

Bei einer zahnärztlichen Heilbehandlung werden folgende Maßnahmen zu **90 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages abzüglich der von der GKV tatsächlich erstatteten Aufwendungen ersetzt:

- Parodontose- und Wurzelbehandlung, einschließlich Wurzelspitzenresektion
- Kunststofffüllungen
- Aufbissbehelfe und Schienen
- Inlay-Zahnfüllungen und Onlays
- Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken und Prothesen) und Veneers

Zahnkronen und Brücken werden in vollkeramischer und in metallischer Ausführung mit Verblendung erstattet.

- Implantate
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Gnathologie).
- vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen, Röntgenaufnahmen und Strahlendiagnostik, die unmittelbar zur Versorgung mit erstattungsfähigem Zahnersatz erforderlich werden,
- Reparaturen von bestehendem Zahnersatz

Die Erstattung ist begrenzt

- im ersten Kalenderjahr auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt höchstens 1.000 Euro
- in den ersten beiden Kalenderjahren auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt höchstens 3.000 Euro
- in den ersten drei Kalenderjahren auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt höchstens 6.000 Euro
- ab dem vierten Kalenderjahr auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt höchstens 15.000 Euro in vier Kalenderjahren. Diese Höchstgrenze gilt auch bei einem Wechsel aus einem anderen Tarif.

Zur Berechnung der Erstattungshöhen werden die erstattungsfähigen Rechnungsbeträge aus dem Kalenderjahr, in dem die Behandlung stattfand, und die aus den entsprechend vorhergehenden Kalenderjahren zusammengerechnet.

Die Begrenzungen gelten nicht für einen Versicherungsfall, der durch einen nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall verursacht wurde.

b) Kieferorthopädie

Erstattet werden **90 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages abzüglich der von der GKV tatsächlich erstatteten Aufwendungen

- für kieferorthopädische Leistungen, wenn die Behandlung vor Vollendung des 19. Lebensjahres begonnen wird.
- für vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen, Röntgenaufnahmen und Strahlendiagnostik, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Leistung stehen.
- für den Heil- und Kostenplan.

c) sonstige Bestimmungen

Voraussetzung für die Erstattung der Leistung ist, dass die entstandenen Aufwendungen durch das Original der Rechnungen mit dem Erstattungsvermerk der GKV nachgewiesen werden.

Die Erstattung erfolgt, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Zahntechnische Laborarbeiten und Materialkosten werden erstattet, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für diesen Tarif aufgeführt sind und bis zu der dort genannten Höhe. Das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten und Materialkosten kann unter den Voraussetzungen des § 203 Absatz 3, 4 und 5 VVG mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Kalenderjahres, den veränderten Bedingungen angepasst werden.

3. Auslandsreisen

a) Erstattungshöhe und -voraussetzungen

Erstattet werden **100 %** der erstattungsfähigen Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei einem im Ausland unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall während vorübergehender Reisen bis zu einer Dauer von jeweils 60 Tagen.

b) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- ambulante und stationäre Behandlung
 - ärztliche Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen und Hausbesuche einschließlich unaufschiebbarer Operationen und Operationsnebenkosten – mit Ausnahme für die Behandlung von geistigen und seelischen Störungen und Erkrankungen sowie für psychoanalytische, psychosomatische, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen
 - ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel
 - ärztlich verordnete Heilmittel (Inhalationen, Wärme- und Elektrotherapie sowie – nach einem während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfall – medizinische Bäder und Massagen) bis zu insgesamt 150 Euro je Versicherungsfall
 - ärztlich verordnete Hilfsmittel, soweit diese erstmals auf Grund eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalls erforderlich werden, bis zu insgesamt 150 Euro je Versicherungsfall
 - Röntgendiagnostik, Strahlendiagnostik und Strahlentherapie
 - Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung
 - medizinisch notwendiger Transport oder Verlegung durch anerkannte Rettungsdienste zum nächsterreichbaren zur Behandlung geeigneten Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall
- schmerzstillende Zahnbehandlung
- Krankenrücktransport

Die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen oder wirtschaftlich vertretbaren Rücktransports aus dem Ausland werden erstattet. Zusätzlich werden Mehraufwendungen für eine Begleitperson erstattet, wenn die Begleitung medizinisch notwendig ist.

Medizinisch notwendig ist der Rücktransport, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist.

Wirtschaftlich vertretbar ist der Rücktransport, wenn ein stationärer Aufenthalt von mindestens 14 Tagen wahrscheinlich wird oder die voraussichtlichen Kosten für den stationären Aufenthalt die Rücktransportkosten übersteigen würden.

Die Rückführung muss an den ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächst erreichbare zur Behandlung geeignete Krankenhaus erfolgen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

Mehraufwendungen sind die Aufwendungen, die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr ins Inland zusätzlich anfallen. Die durch den Rücktransport ersparten Fahrtkosten werden von der Versicherungsleistung abgezogen.

- Rückführung und Bestattung im Todesfall

Beim Tode der versicherten Person im Ausland werden die Aufwendungen für die Bestattung am Sterbeort oder die Überführung an deren letzten ständigen Wohnsitz erstattet.

c) Sonstige Bestimmungen

An Stelle der Regelung in § 1 Absatz 4 AVB/VT gilt für den Versicherungsschutz auf Auslandsreisen Folgendes:

- Als Ausland im Sinne von Abschnitt II Ziffer 3 dieses Tarifes gelten nicht die Bundesrepublik Deutschland sowie die Länder, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.
- Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung eines Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch mit Ablauf des 60. Tages des Auslandsaufenthaltes bzw. mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Ist die Rückreise zu diesem Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle längstens um 90 Tage.

Abweichend von § 3 Absatz 2 und 3 AVB/VT entfallen für Behandlungen auf Auslandsreisen die Wartezeiten.

Ergänzend zu den in § 5 AVB/VT genannten Leistungsausschlüssen besteht für Auslandsreisen, für deren Antritt ein Grund die Heilbehandlung im Ausland war, kein Versicherungsschutz. Gleiches gilt bei Heilbehandlungen, von denen bei Grenzüberschreitung bereits feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten, eingetragenen Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde.

Abweichend von § 5 Absatz 1 Buchstabe a) AVB/VT besteht Versicherungsschutz auf Auslandsreisen für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht wurden, wenn bei Reiseantritt für das jeweilige Urlaubsland keine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes vorlag. Dieser Versicherungsschutz entfällt am Ende des 7. Tages nach Beginn eines kriegerischen Ereignisses.

Soweit im Versicherungsfall ein Dritter leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall der Bayerischen Beamtenkrankenkasse, wird diese jedoch im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten.

II. Beiträge

1. Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.
2. Der Beitrag wird nach dem Geschlecht der versicherten Person festgesetzt. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8 a AVB/VT. Für den Tarif ZahnPREMIUM61 wird keine Alterungsrückstellung gebildet.

III. Versicherungsfähigkeit und Obliegenheiten

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und im Jahr des Versicherungsbeginns das 61. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben.
2. Endet für eine versicherte Person die Versicherung in der GKV, hat der Versicherungsnehmer dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung im Tarif ZahnPREMIUM61 endet dann für diese versicherte Person zu dem Zeitpunkt, zu dem auch seine Versicherung in der GKV endet.
3. Der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Versicherung mit Leistungen für Zahnersatz oder Sehhilfen darf nur mit Einwilligung des Versicherers erfolgen. Wird diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Absatz 1 VVG berechtigt, den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
VG	Gesetz über den Versicherungsvertrag

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten und Materialkosten für die Tarife ZahnPREMIUM

Der Erstattungsanspruch bestimmt sich nach dem jeweils vereinbarten tariflichen Leistungsumfang.

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
----------	--

Arbeitsvorbereitung

Dowel-Pin setzen	4,30
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	19,30
Frässockel	12,70
Hilfsteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	19,30
Kunststoffstümpfe, Metallstümpfe, Einzelstümpfe	18,40
Modell aus feuerfester Masse/Lötmodell	12,70
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Okklusionsmodell	12,70
Modell Hartgips, Superhartgips, Kontrollmodell	7,90
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	12,70
Modellergänzung aus Kunststoff	22,10
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	20,70
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	11,30
Montage eines Gegenkiefermodelles	11,30
Remontagemodell	12,70
Spezialmodell	30,40
Split-Cast-Sockel an Modell	7,90
Stumpfabdruck galvanisieren	19,30
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	7,90
Zweitstumpf für Inlay, Stumpf aus feuerfester Masse	19,00

Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln

Basis aus Kunststoff für Bissnahmen, Aufstellung	26,20
Bisswall aus Kunststoff auf Basis	17,30
Bisswall aus Wachs auf Basis	7,90
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff	26,20
Metallarmierung für provisorische Versorgung je Zahn	47,90
Metallprovisorium verblenden, je Zahn	39,60
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	39,60
Registrierplatte und -stift incl. Basen je Kiefer	32,70
Spezialbissplatte	32,70
Tiefziehteil Formteil für provisorische Versorgung	23,30
Vorwall	17,00

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
----------	--

Inlays

Angelieferte Modellation gießen	41,40
Dreiviertelkrone, Teilkrone zur Verblendung	126,40
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Metall	140,90
Dreiviertelkrone, Teilkrone gefräst	224,30
Gussinlay, einflächig	98,80
Gussinlay, Onlay drei- oder mehrflächig	127,10
Gussinlay, zweiflächig	113,00
Inlay Keramik, einflächig, geschichtet	184,00
Inlay Keramik, zweiflächig, geschichtet	195,50
Inlay Kunststoff, einflächig	71,20
Inlay Kunststoff, zweiflächig	85,40
Inlay Presskeramik oder gefräst, einflächig	184,00
Inlay Presskeramik oder gefräst, zweiflächig	195,50
Inlay, Onlay Keramik, drei- oder mehrflächig geschichtet	224,30
Inlay, Onlay Kunststoff, drei- oder mehrflächig	99,50
Inlay galvanisch aufgebaut, drei- oder mehrflächig	127,10
Inlay galvanisch aufgebaut einflächig	98,80
Inlay galvanisch aufgebaut zweiflächig	113,00
Inlay, Onlay Presskeramik oder gefräst, drei- oder mehrflächig	224,30

Kronen und Brückentechnik

Anker gefräst, oder gegossen für Klebebrücke	127,10
Auflage an Brückenglied	16,30
Aufpreis Mehraufwand Zirkoniumoxydverarbeitung incl. Rohling	62,80
Brückenglied, gegossen oder gefräst massiv	83,10
Brückenglied, gegossen oder gefräst für Keramik, Polymerglas, Kunststoff Teilverblendung	69,30
Brückenglied, gegossen oder gefräst für Keramik, Polymerglas, Kunststoff Vollverblendung	69,30
Galvanokrone für Verblendung	110,50
Hartkernstiftaufbau, mehrflächig, ohne Verblendung	74,80
Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	18,40
Krone, Brückenglied in vorhandene Prothese einarbeiten	18,40

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
----------	--

Krone, gefräst, Über-Presskeramik ohne Stufenpräparation	96,70
Krone, gegossen für Keramik-Teilverblendung	99,20
Krone, gegossen für Keramik-Vollverblendung	113,00
Krone, Metall, nach Stufenpräparation	110,50
Krone, Metall, ohne Stufenpräparation für Kunststoffverblendung	96,70
Krone, Metall, ohne Stufenpräparation	96,70
Mantelkrone, Frontzahn/Seitenzahn, aus Kunststoff	88,30
Mehrfächige Verblendung aus Keramik, auch Zirkoniumoxyd	119,60
Mehrfächige Verblendung aus Kunststoff	105,80
Papille, Sattel-Pontic aus Keramik	55,50
Papille, Sattel-Pontic aus Kunststoff	42,50
Schulter aus Keramik/Glas	69,30
Sintergerüst für Krone, ohne Verblendung	85,40
Stift in Inlay für Pinledge-Technik	14,20
Stiftaufbau direkt	27,60
Stiftaufbau in vorhandene Krone	25,30
Stiftaufbau, indirekt, gegossen oder gefräst	74,80
Stufenkrone, gegossen für Keramik-Teilverblendung	99,20
Stufenkrone, gegossen für Keramik-Vollverblendung	113,00
Teilverblendung aus Keramik/Glas	105,80
Teilverblendung aus Kunststoff	64,40
Verblendschale, Veneer, Kunststoff	63,60
Verblendschale, Veneer, gefräst	105,80
Verblendschale, Veneer, Keramik, geschichtet	119,60
Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	27,60
Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvano-Wurzelkappe	99,20
Wurzelkappe, indirekt, gegossen, erodiert, mit Aufbau	85,40
Wurzelpontic aus Keramik/Glas/Polymerglass	41,70
Wurzelpontic aus Kunststoff	19,00
Wurzelstift, gegossen, aus Metall	44,90
Zahnfleisch aus Keramik	48,30
Zahnfleisch aus Kunststoff	22,10
Zirkoniumoxyd-Brückenglied zur Verblendung	104,20
Zirkoniumoxydkrone zur Verblendung	113,00

Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente

Ankerbandklammer, sekundär	155,30
Bohrung und Fräsung für Friktionsstift bei RRS	58,00
Federbolzen, Friktionsstift für RRS	58,00
Individueller Steg, Grundeinheit ohne Längeneinheit	115,10
Individueller Steg, Längeneinheit je Zahn incl. Reiter	18,50
Individuelles Geschiebe, primär oder sekundär	244,40
Individuelles Steggeschiebe/auch mit Gingivalfassung	161,60
Konfektionsgeschiebe/-riegel/verriegelnd, primär	96,00
Konfektionsgeschiebe -anker, -gelenk, primär	96,00
Konfektionssteg, Grundeinheit incl. Längeneinheit	115,10
Konfektionssteglasche in Kunststoffbasis/Metallbasis	62,80
Lager für Ankerbandklammer	72,70
Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	72,70
Lager/Raste für Schubverteilungsarm	72,70
Lösungsknopf für Verbindungselement, Krone, Brücke	21,30
Rillen-Schulter-Geschiebe, sekundär	155,30
Schub-Steckriegel, Schwenk-Drehriegel/individuell auch funkenerodiert	296,70
Schub-Steckriegel, Schwenk-Drehriegel/konfektioniert auch funkenerodiert	213,20
Schubverteilungsarm	74,10
Teilfräsung	29,70
Teleskop-Konuskronen, Doppelkrone, primär/sekundär, Metall/Zirkon auch zur Verblendung	141,20
Verschraubung/Verbolzung, auch funkenerodiert	58,00

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
----------	--

Herstellen von herausnehmbarem Zahnersatz

Approximalklammer, Bonyhard-Klammer, gebogen	13,50
Aufstellen auf Metallbasis, je Zahneinheit	4,30
Aufstellen auf Wachs oder Kunststoffbasis, je Zahneinheit	3,60
Aufstellen, Grundeinheit	39,60
Basis oder Basisteil aus Weichkunststoff, Sonderkunststoff	115,10
Basisteil, gegossen, auch Edelmetall	86,80
Befestigung eines Zahnes mit zahncfarbenem Kunststoff	24,60
Bonwill-Klammer, gegossen, aus Edelmetall	58,90
Bonyhard-Klammer, gegossen, auch Edelmetall	15,60
Einarmige Klammer, gebogen	13,50
Einarmige, Inlay Klammer, gegossen, auch Edelmetall	15,60
Fertigstellen Kunststoff-/Metallbasis, je Zahneinheit	5,00
Fortlaufende Klammer, Auflage gegossen, auch Edelmetall	15,60
Gitter, partiell/total oder Bügel	110,70
Grundeinheit Fertigstellung mit Kunststoff-/Metallbasis	62,80
Herstellen eines Zahnes aus zahncfarbenem Kunststoff	45,30
Inlayklammer, Interdental-Klammer, gebogen	13,50
Kappe, gegossen, auch Edelmetall	27,60
Kaufläche aus zahncfarbenem Kunststoff	45,30
Kunststoff an unfütterbaren Abschlussrand	24,70
Lösungsknopf für Friktionsprothese, gegossen oder gebogen	21,30
Metallbasis als fortlaufende Klammer ohne Bügel	165,90
Metallbasis, Ober-/Unterkiefer, partiell oder total	165,90
Metallkaufläche/Metallzahn, auch Edelmetall	51,60
Metallzahn/auch aus Edelmetall	51,60
Pelottenklammer, Zahnfleischklammer	13,50
Ring-, Bonyhardklammer mit Auflage, gegossen/Edelmetall	39,60
Ringklammer, gegossen/auch Edelmetall	27,60
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung, auch EM	51,60
Rücklaufklammer, Überwurfklammer gegossen/Edelmetall	39,60
Sonderkunststoff	62,10
Überwurfklammer, zweiarmlig, gebogen	20,60
Überwurfklammer, Kralle, Auflage, gebogen einarmig	13,50
Umgebungsbügel bei Diastema	29,40
Unterfütterbarer Abschlussrand	38,50
Zuschlag Klammer, einzeln gegossen/auch Edelmetall	26,20
Zweiarmlige Klammer mit Auflage, gebogen	26,10
Zweiarmlige Klammer, gegossen/auch Edelmetall	27,60
Zweiarmlige Klammer, Doppelbogenklammer gebogen	20,60
Zweiarmlige Klammer, gegossen mit Auflage/auch Edelmetall	39,60

Metallverbindungen

Lichtbogenschweißen/Laser-/Plasma-/Punkt-/schweißen:	
Mit Verlötung bei gleichen Legierungen je Verbindung	25,40
bei unterschiedlichen Legierungen je Verb.	33,70
an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	33,70
Basislegierung bei gleichen Legierungen	33,70
Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	33,70
Lötung auf Modell, Grundeinheit	25,40
Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung	34,60

Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten

Adams-, Pfeil-, Dreiecksklammer gebogen	20,60
Aktiver Sporn	11,30
Ankerband/Ankerkappe	26,90
Aufbiss	17,90
Auflage-KFO	13,50
Außenbogen	29,70
Basis für Einzelkiefergerät	65,00
Basis für KFO-Gerät, Positioner	136,90

Leistung	erstattungs-fähiger Höchstbetrag Euro
Coffin-Feder	57,30
Doppelplatten-Führungssporn	32,60
Dorn	11,30
Druckfeder, Zugfeder	14,20
Facebow anpassen	14,20
Feder, gekreuzt	11,30
Feder, geschlossen/-kompliziert	14,20
Feder, offen/Rücklaufsporn	11,30
Führungssporn, Häkchen, Interocclusal-stop	11,30
Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer	65,00
Hochlabialbogen	32,60
Innenbogen	29,70
Kinnkappe mit Retentionshaken	65,00
Kunststoffschild	22,60
Labialbogen	25,50
Labialbogen, intermaxillär	38,90
Labialbogen, modifiziert	32,60
Lingualbogen/Lingualer Frontalbogen/Palatinalbogen	29,70
Lötung Drahtbruch, KFO	19,90
Lötung je Einheit, KFO	19,90
Lötung je zusätzliche Einheit, KFO	19,90
Pelotte	22,60
Protrusionsbogen	14,20
Retentionsschiene	84,00
Schiefe Ebene aus Kunststoff/oder gegossen	54,40
Schraube einarbeiten	19,90
Schraube einarbeiten, kompliziert	29,70
Spezialschraube zur asymmetrischen Bewegung	29,70
Spezialschraube zur Einzelzahnbewegung	29,70
Spezialschraube zur Metallverbindung	29,70
Spezialschraube zur Sektorenbewegung	29,70
Spike/Stopp	11,30
Teilaußenbogen/Teilinnenbogen	29,70
Trennen einer Basis/auch erschwert	8,60
U-Bügel	32,60
Verankerungsklammer	20,60
Verarbeiten eines Röhrchens/oder Schlosses	14,20
Vorbiss oder Rückbiss	13,50
Vorhofplatte	72,70
Zungengitter	22,60

Aufbisschienen und Aufbissbehelfe

Adjustierte Aufbisschiene, Knirscherschiene	173,70
Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	12,70
Aufbisschiene adj. nach verschiedenen Techniken	173,70
Basis, tiefgezogen	26,20
Erweitern einer Aufbisschiene, je Einheit	24,00
Grundeinheit Instandsetzen einer Aufbisschiene	24,00
Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO	9,20
Medikamententrägerschiene	84,00
Miniplast-Schiene, tiefgezogen	84,00
Neu-Adjustieren einer vorhandenen Schiene	58,70
Prothese umarbeiten als Aufbissbehelf	58,70
Remontieren von KFO-Gerät	59,30
Schienungskappe aus Metall oder Kunststoff	12,70
Übertragungskappe aus Metall oder Kunststoff	30,40
Wundverbandplatte, Autopolymerisat/tiefgezogen	84,00

Wiederherstellung/Erweiterung

Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert	17,70
Basis erneuern	86,10

Leistung	erstattungs-fähiger Höchstbetrag Euro
Basis unterfüttern, auch KFO	70,70
Basisteil unterfüttern, auch KFO	51,60
Basisteil gegossen/auch Edelmetall	86,80
Grundeinheit erweitern	24,00
Grundeinheit instand setzen	21,90
Kronen- oder Brückengliederreparatur, je Einheit	38,60
Leistungseinheit, aktivieren Teleskopkronen, Geschiebe	10,60
Leistungseinheit, Basisteil	10,60
Leistungseinheit, Okklusionsausgleich/Konfektionszahn	10,60
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn	10,60
Leistungseinheit, Instandsetzen individueller Riegel	10,60
Leistungseinheit, Klammer einarbeiten	10,60
Leistungseinheit, Kontaktpunkt	10,60
Leistungseinheit, Kunststoffsaattel lösen und wiederbefestigen	10,60
Leistungseinheit, Nacharbeiten Keramikverblendung	10,60
Leistungseinheit, Okklusionsausgleich/Konfektionszahn	10,60
Leistungseinheit, Retention/Basisteil einarbeiten	10,60
Leistungseinheit, Rückenschutzplatte einarbeiten	10,60
Leistungseinheit, Sekundärteil wiederbefestigen ohne Lötung	85,60
Leistungseinheit, Vorbereitung für Verblendung	10,60
Leistungseinheit, Wiederbefestigung Zahn	10,60
Retention gebogen	56,40
Retention gegossen/auch Edelmetall	69,30

Implantate und Suprakonstruktionen

Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	42,40
Aufwand zu Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	69,30
Basis aus Kunststoff, auf Implantat	41,70
Funktions-, individueller Löffel Kunststoff für Implantate	32,70
Implantatatachse und -ort festlegen, je Zahn	29,70
Implantat-Divergenz-Ausgleichskrone gegossen	93,20
Implantat-Kontrollschablone	40,30
Implantatmodell	12,70
Implantatposten auf Modellierposten aufschrauben	5,00
Parallelbohrschablone für Implantat	179,40
Röntgenkugel positionieren	5,00
Verlängerungshülse für Implantat	19,00
Verschraubung, Implantat	60,00
Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen	18,20
Zahn vermessen	1,80
Zahnfleisch aus Kunststoff je Implantat	18,40

Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien

Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder gegossenem Glas	19,90
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Keramik	19,90
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien individuell gestaltet, in Metall	28,30
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien individuell gestaltet, in Keramik	33,30
Selektives Einschleifen, je Zahn	21,30

Sonstiges

Versand, je Versandgang	8,30
Sonderversand oder Fahrtkosten	8,30
Nicht-Edelmetall-Zuschlag	25,30

Das Preis- und Leistungsverzeichnis beschreibt abschließend die erstattungsfähigen Höchstbeträge aller zahntechnischen Laborarbeiten. Die Preise gelten zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer. Materialkosten, die im Zusammenhang mit der Herstellung von zahntechnischen Leistungen entstehen, wie z. B. Edelmetall, Prothesenzähne, Konfektionsteile, sind in Höhe der Herstellerpreise zuzüglich

der gesetzlichen Mehrwertsteuer erstattungsfähig. Zusätzlich werden Materialkosten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte gesondert berechnungsfähig sind, tariflich erstattet.

Die Preise werden alle zwei Jahre überprüft und gegebenenfalls angepasst. Mit Zustimmung des Treuhänders werden die Höchstpreise angepasst, wenn die vom Versicherer ausgewerteten Rechnungen

im Mittel um mindestens 10 % von der letztgültigen Preisliste abweichen. Dabei wird auch überprüft, ob die Leistungsbeschreibungen ergänzt oder angepasst werden müssen; falls erforderlich geschieht dies mit Zustimmung des Treuhänders. Die neuen Leistungsinhalte und Preise gelten dann für Behandlungen ab dem 1. des übernächsten Monats nach der Benachrichtigung durch den Versicherer.

Tarif ZahnPREMIUM (Gruppen)

Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.01.2010, GV740, 12.2009

Es gelten die GAVB/VT – Allgemeine Gruppenversicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

I. Versicherungsleistungen

1. Sehhilfen

Ärztlich verordnete Brillen und Kontaktlinsen sowie deren Reparaturen werden zu **80 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages erstattet.

Die Erstattung ist begrenzt auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt 250 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren. Zur Berechnung dieses Betrages werden die erstattungsfähigen Rechnungsbeträge aus dem Kalenderjahr, in dem die Sehhilfe bezogen oder repariert wurde, und die aus dem vorhergehenden Kalenderjahr zusammengerechnet.

Die Erstattungen für Sehhilfen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Leistungen anderer privater Versicherungen die tatsächlich entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen. Der Hauptversicherte hat die Leistungen, die von der GKV und anderen Versicherern erbracht werden, dem Versicherer nachzuweisen.

2. Leistungen im Zahnbereich

a) Zahnbehandlung und Zahnersatz

Bei einer zahnärztlichen Heilbehandlung werden folgende Maßnahmen zu **90 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages abzüglich der von der GKV tatsächlich erstatteten Aufwendungen ersetzt:

- Parodontose- und Wurzelbehandlung, einschließlich Wurzelspitzenresektion
- Kunststofffüllungen
- Aufbissbehelfe und Schienen
- Inlay-Zahnfüllungen und Onlays
- Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken und Prothesen) und Veneers
Zahnkronen und Brücken werden in vollkeramischer und in metallischer Ausführung mit Verblendung erstattet.
- Implantate
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Gnathologie).
- vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen, Röntgenaufnahmen und Strahlendiagnostik, die unmittelbar zur Versorgung mit erstattungsfähigem Zahnersatz erforderlich werden,
- Reparaturen von bestehendem Zahnersatz
- Heil- und Kostenplan

Die Erstattung ist begrenzt

- im ersten Kalenderjahr auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt höchstens 1.000 Euro
- in den ersten beiden Kalenderjahren auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt höchstens 3.000 Euro
- in den ersten drei Kalenderjahren auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt höchstens 6.000 Euro
- ab dem vierten Kalenderjahr auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt höchstens 15.000 Euro in vier Kalenderjahren. Diese Höchstgrenze gilt auch bei einem Wechsel aus einem anderen Tarif.

Zur Berechnung der Erstattungshöhen werden die erstattungsfähigen Rechnungsbeträge aus dem Kalenderjahr, in dem die Behandlung stattfand, und die aus den entsprechend vorhergehenden Kalenderjahren zusammengerechnet.

Die Begrenzungen gelten nicht für einen Versicherungsfall, der durch einen nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall verursacht wurde.

b) Kieferorthopädie

Erstattet werden **90 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages abzüglich der von der GKV tatsächlich erstatteten Aufwendungen

- für kieferorthopädische Leistungen, wenn die Behandlung vor Vollendung des 19. Lebensjahres begonnen wird.
- für vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen, Röntgenaufnahmen und Strahlendiagnostik, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Leistung stehen.
- für den Heil- und Kostenplan.

c) sonstige Bestimmungen

Voraussetzung für die Erstattung der Leistung ist, dass die entstandenen Aufwendungen durch das Original der Rechnungen mit dem Erstattungsvermerk der GKV nachgewiesen werden.

Die Erstattung erfolgt, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Zahntechnische Laborarbeiten und Materialkosten werden erstattet, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für diesen Tarif aufgeführt sind und bis zu der dort genannten Höhe. Das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten und Materialkosten kann unter den Voraussetzungen des § 203 Absatz 3, 4 und 5 VVG mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Kalenderjahres, den veränderten Bedingungen angepasst werden.

3. Auslandsreisen

a) Erstattungshöhe und -voraussetzungen

Erstattet werden **100 %** der erstattungsfähigen Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei einem im Ausland unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall während vorübergehender Reisen bis zu einer Dauer von jeweils 60 Tagen.

b) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- ambulante und stationäre Behandlung
 - ärztliche Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen und Hausbesuche einschließlich unaufschiebbarer Operationen und Operationsnebenkosten – mit Ausnahme für die Behandlung von geistigen und seelischen Störungen und Erkrankungen sowie für psychoanalytische, psychosomatische, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen
 - ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel
 - ärztlich verordnete Heilmittel (Inhalationen, Wärme- und Elektrotherapie sowie – nach einem während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfall – medizinische Bäder und Massagen) bis zu insgesamt 150 Euro je Versicherungsfall
 - ärztlich verordnete Hilfsmittel, soweit diese erstmals auf Grund eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalls erforderlich werden, bis zu insgesamt 150 Euro je Versicherungsfall
 - Röntgendiagnostik, Strahlendiagnostik und Strahlentherapie
 - Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung
 - medizinisch notwendiger Transport oder Verlegung durch anerkannte Rettungsdienste zum nächsterreichbaren zur Behandlung geeigneten Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall
- schmerzstillende Zahnbehandlung
- Krankenrücktransport

Die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen oder wirtschaftlich vertretbaren Rücktransports aus dem Ausland werden erstattet. Zusätzlich werden Mehraufwendungen für eine Begleitperson erstattet, wenn die Begleitung medizinisch notwendig ist.

Medizinisch notwendig ist der Rücktransport, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist.

Wirtschaftlich vertretbar ist der Rücktransport, wenn ein stationärer Aufenthalt von mindestens 14 Tagen wahrscheinlich wird oder die voraussichtlichen Kosten für den stationären Aufenthalt die Rücktransportkosten übersteigen würden.

Die Rückführung muss an den ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächst erreichbare zur Behandlung geeignete Krankenhaus erfolgen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

Mehraufwendungen sind die Aufwendungen, die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr ins Inland zusätzlich anfallen. Die durch den Rücktransport ersparten Fahrtkosten werden von der Versicherungsleistung abgezogen.

- Rückführung und Bestattung im Todesfall

Beim Tode der versicherten Person im Ausland werden die Aufwendungen für die Bestattung am Sterbeort oder die Überführung an deren letzten ständigen Wohnsitz erstattet.

c) Sonstige Bestimmungen

An Stelle der Regelung in § 1 Absatz 4 GAVB/VT gilt für den Versicherungsschutz auf Auslandsreisen Folgendes:

- Als Ausland im Sinne von Abschnitt II Ziffer 3 dieses Tarifes gelten nicht die Bundesrepublik Deutschland sowie die Länder, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.
- Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung eines Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch mit Ablauf des 60. Tages des Auslandsaufenthaltes bzw. mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Ist die Rückreise zu diesem Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle längstens um 90 Tage.

Abweichend von § 3 Absatz 2 und 3 GAVB/VT entfallen für Behandlungen auf Auslandsreisen die Wartezeiten.

Ergänzend zu den in § 5 GAVB/VT genannten Leistungsausschlüssen besteht für Auslandsreisen, für deren Antritt ein Grund die Heilbehandlung im Ausland war, kein Versicherungsschutz. Gleiches gilt bei Heilbehandlungen, von denen bei Grenzüberschreitung bereits feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten, eingetragenen Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde.

Abweichend von § 5 Absatz 2 Buchstabe a) GAVB/VT besteht Versicherungsschutz auf Auslandsreisen für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht wurden, wenn bei Reiseantritt für das jeweilige Urlaubsland keine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes vorlag. Dieser Versicherungsschutz entfällt am Ende des 7. Tages nach Beginn eines kriegerischen Ereignisses.

Soweit im Versicherungsfall ein Dritter leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall der Bayerischen Beamtenkrankenkasse, wird diese jedoch im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten.

II. Beiträge

1. Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsnachweis.

2. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Geschlecht und Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 15. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen. Bei Änderung des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8 a GAVB/VT.

III. Versicherungsfähigkeit und Obliegenheiten

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.
2. Endet für eine versicherte Person die Versicherung in der GKV, hat der Hauptversicherte dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung im Tarif ZahnPREMIUM (Gruppen) endet dann für diese versicherte Person zu dem Zeitpunkt, zu dem auch seine Versicherung in der GKV endet.
3. Der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Versicherung mit Leistungen für Zahnersatz oder Sehhilfen darf nur mit Einwilligung des Versicherers erfolgen. Wird diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Absatz 1 VVG berechtigt, den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen

Abkürzungsverzeichnis

GAVB/VT	Allgemeine Gruppenversicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
WVG	Gesetz über den Versicherungsvertrag

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten und Materialkosten für die Tarife ZahnPREMIUM

Der Erstattungsanspruch bestimmt sich nach dem jeweils vereinbarten tariflichen Leistungsumfang.

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Arbeitsvorbereitung			
Dowel-Pin setzen	4,30	Inlay Keramik, einflächig, geschichtet	184,00
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	19,30	Inlay Keramik, zweiflächig, geschichtet	195,50
Frässockel	12,70	Inlay Kunststoff, einflächig	71,20
Hilfsteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	19,30	Inlay Kunststoff, zweiflächig	85,40
Kunststoffstümpfe, Metallstümpfe, Einzelstümpfe	18,40	Inlay Presskeramik oder gefräst, einflächig	184,00
Modell aus feuerfester Masse/Lötmodell	12,70	Inlay Presskeramik oder gefräst, zweiflächig	195,50
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Okklusionsmodell	12,70	Inlay, Onlay Keramik, drei- oder mehrflächig geschichtet	224,30
Modell Hartgips, Superhartgips, Kontrollmodell	7,90	Inlay, Onlay Kunststoff, drei- oder mehrflächig	99,50
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	12,70	Inlay galvanisch aufgebaut, drei- oder mehrflächig	127,10
Modellergänzung aus Kunststoff	22,10	Inlay galvanisch aufgebaut einflächig	98,80
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	20,70	Inlay galvanisch aufgebaut zweiflächig	113,00
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	11,30	Inlay, Onlay Presskeramik oder gefräst, drei- oder mehrflächig	224,30
Montage eines Gegenkiefermodelles	11,30	Kronen und Brückentechnik	
Remontagemodell	12,70	Anker gefräst, oder gegossen für Klebebrücke	127,10
Spezialmodell	30,40	Auflage an Brückenglied	16,30
Split-Cast-Sockel an Modell	7,90	Aufpreis Mehraufwand Zirkoniumoxydverarbeitung incl. Rohling	62,80
Stumpfdruck galvanisieren	19,30	Brückenglied, gegossen oder gefräst massiv	83,10
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	7,90	Brückenglied, gegossen oder gefräst für Keramik, Polymerglas, Kunststoff Teilverblendung	69,30
Zweistumpf für Inlay, Stumpf aus feuerfester Masse	19,00	Brückenglied, gegossen oder gefräst für Keramik, Polymerglas, Kunststoff Vollverblendung	69,30
Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln			
Basis aus Kunststoff für Bissnahmen, Aufstellung	26,20	Galvanokrone für Verblendung	110,50
Bisswall aus Kunststoff auf Basis	17,30	Hartkernstiftaufbau, mehrflächig, ohne Verblendung	74,80
Bisswall aus Wachs auf Basis	7,90	Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	18,40
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff	26,20	Krone, Brückenglied in vorhandene Prothese einarbeiten	18,40
Metallarmierung für provisorische Versorgung je Zahn	47,90	Krone, gefräst, Über-Presskeramik ohne Stufenpräparation	96,70
Metalprovisorium verblenden, je Zahn	39,60	Krone, gegossen für Keramik-Teilverblendung	99,20
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	39,60	Krone, gegossen für Keramik-Vollverblendung	113,00
Registrierplatte und -stift incl. Basen je Kiefer	32,70	Krone, Metall, nach Stufenpräparation	110,50
Spezialbissplatte	32,70	Krone, Metall, ohne Stufenpräparation für Kunststoffverblendung	96,70
Tiefziehteil Formteil für provisorische Versorgung	23,30	Krone, Metall, ohne Stufenpräparation	96,70
Vorwall	17,00	Mantelkrone, Frontzahn/Seitenzahn, aus Kunststoff	88,30
Inlays			
Angelieferte Modellation gießen	41,40	Mehrfächige Verblendung aus Keramik, auch Zirkoniumoxyd	119,60
Dreiviertelkrone, Teilkrone zur Verblendung	126,40	Mehrfächige Verblendung aus Kunststoff	105,80
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Metall	140,90	Papille, Sattel-Pontic aus Keramik	55,50
Dreiviertelkrone, Teilkrone gefräst	224,30	Papille, Sattel-Pontic aus Kunststoff	42,50
Gussinlay, einflächig	98,80	Schulter aus Keramik/Glas	69,30
Gussinlay, Onlay drei- oder mehrflächig	127,10	Sintergerüst für Krone, ohne Verblendung	85,40
Gussinlay, zweiflächig	113,00	Stift in Inlay für Pinledge-Technik	14,20
		Stiftaufbau direkt	27,60
		Stiftaufbau in vorhandene Krone	25,30

Leistung	erstattungs-fähiger Höchstbetrag Euro
----------	---

Stiftaufbau, indirekt, gegossen oder gefräst	74,80
Stufenkrone, gegossen für Keramik-Teilverblendung	99,20
Stufenkrone, gegossen für Keramik-Vollverblendung	113,00
Teilverblendung aus Keramik/Glas	105,80
Teilverblendung aus Kunststoff	64,40
Verblendschale, Veneer, Kunststoff	63,60
Verblendschale, Veneer, gefräst	105,80
Verblendschale, Veneer, Keramik, geschichtet	119,60
Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	27,60
Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvano-Wurzelkappe	99,20
Wurzelkappe, indirekt, gegossen, erodiert, mit Aufbau	85,40
Wurzelpontic aus Keramik/Glas/Polymerglass	41,70
Wurzelpontic aus Kunststoff	19,00
Wurzelstift, gegossen, aus Metall	44,90
Zahnfleisch aus Keramik	48,30
Zahnfleisch aus Kunststoff	22,10
Zirkoniumoxyd-Brückenglied zur Verblendung	104,20
Zirkoniumoxydkrone zur Verblendung	113,00

Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente

Ankerbandklammer, sekundär	155,30
Bohrung und Fräsung für Friktionsstift bei RRS	58,00
Federbolzen, Friktionsstift für RRS	58,00
Individueller Steg, Grundeinheit ohne Längeneinheit	115,10
Individueller Steg, Längeneinheit je Zahn incl. Reiter	18,50
Individuelles Geschiebe, primär oder sekundär	244,40
Individuelles Steggeschiebe/auch mit Gingivalfassung	161,60
Konfektionsgeschiebe/-riegel/verriegelnd, primär	96,00
Konfektionsgeschiebe -anker, -gelenk, primär	96,00
Konfektionssteg, Grundeinheit incl. Längeneinheit	115,10
Konfektionssteglasche in Kunststoffbasis/Metallbasis	62,80
Lager für Ankerbandklammer	72,70
Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	72,70
Lager/Raste für Schubverteilungsarm	72,70
Lösungsknopf für Verbindungselement, Krone, Brücke	21,30
Rillen-Schulter-Geschiebe, sekundär	155,30
Schub-Steckriegel, Schwenk-Drehriegel/individuell auch funkenerodiert	296,70
Schub-Steckriegel, Schwenk-Drehriegel/konfektioniert auch funkenerodiert	213,20
Schubverteilungsarm	74,10
Teilfräsung	29,70
Teleskop-Konuskronen, Doppelkrone, primär/sekundär, Metall/Zirkon auch zur Verblendung	141,20
Verschraubung/Verbolzung, auch funkenerodiert	58,00

Herstellen von herausnehmbarem Zahnersatz

Approximalklammer, Bonyhard-Klammer, gebogen	13,50
Aufstellen auf Metallbasis, je Zahneinheit	4,30
Aufstellen auf Wachs oder Kunststoffbasis, je Zahneinheit	3,60
Aufstellen, Grundeinheit	39,60
Basis oder Basisteil aus Weichkunststoff, Sonderkunststoff	115,10
Basisteil, gegossen, auch Edelmetall	86,80
Befestigung eines Zahnes mit zahncfarbenem Kunststoff	24,60
Bonwill-Klammer, gegossen, aus Edelmetall	58,90
Bonyhard-Klammer, gegossen, auch Edelmetall	15,60
Einarmlige Klammer, gebogen	13,50
Einarmlige, Inlay Klammer, gegossen, auch Edelmetall	15,60
Fertigstellen Kunststoff-/Metallbasis, je Zahneinheit	5,00
Fortlaufende Klammer, Auflage gegossen, auch Edelmetall	15,60
Gitter, partiell/total oder Bügel	110,70
Grundeinheit Fertigstellung mit Kunststoff-/Metallbasis	62,80

Leistung	erstattungs-fähiger Höchstbetrag Euro
----------	---

Herstellen eines Zahnes aus zahncfarbenem Kunststoff	45,30
Inlayklammer, Interdental-Klammer, gebogen	13,50
Kappe, gegossen, auch Edelmetall	27,60
Kauffläche aus zahncfarbenem Kunststoff	45,30
Kunststoff an unfütterbaren Abschlussrand	24,70
Lösungsknopf für Friktionsprothese, gegossen oder gebogen	21,30
Metallbasis als fortlaufende Klammer ohne Bügel	165,90
Metallbasis, Ober-Unterkiefer, partiell oder total	165,90
Metallkauffläche/Metallzahn, auch Edelmetall	51,60
Metallzahn/auch aus Edelmetall	51,60
Pelottenklammer, Zahnfleischklammer	13,50
Ring-, Bonyhardklammer mit Auflage, gegossen/Edelmetall	39,60
Ringklammer, gegossen/auch Edelmetall	27,60
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung, auch EM	51,60
Rücklaufklammer, Überwurfklammer gegossen/Edelmetall	39,60
Sonderkunststoff	62,10
Überwurfklammer, zweiarmlig, gebogen	20,60
Überwurfklammer, Krallen, Auflage, gebogen einarmlig	13,50
Umgebungsbügel bei Diastema	29,40
Unterfütterbarer Abschlussrand	38,50
Zuschlag Klammer, einzeln gegossen/auch Edelmetall	26,20
Zweiarmlige Klammer mit Auflage, gebogen	26,10
Zweiarmlige Klammer, gegossen/auch Edelmetall	27,60
Zweiarmlige Klammer, Doppelbogenklammer gebogen	20,60
Zweiarmlige Klammer, gegossen mit Auflage/auch Edelmetall	39,60

Metallverbindungen

Lichtbogenschweißen/Laser-/Plasma-/Punkt-/schweißen: Mit Verlotung bei gleichen Legierungen je Verbindung	25,40
bei unterschiedlichen Legierungen je Verb.	33,70
an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	33,70
Basislegierung bei gleichen Legierungen	33,70
Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	33,70
Lötung auf Modell, Grundeinheit	25,40
Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung	34,60

Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten

Adams-, Pfeil-, Dreiecksklammer gebogen	20,60
Aktiver Sporn	11,30
Ankerband/Ankerkappe	26,90
Aufbiss	17,90
Auflage-KFO	13,50
Außenbogen	29,70
Basis für Einzelkiefergerät	65,00
Basis für KFO-Gerät, Positioner	136,90
Coffin-Feder	57,30
Doppelplatten-Führungssporn	32,60
Dorn	11,30
Druckfeder, Zugfeder	14,20
Facebow anpassen	14,20
Feder, gekreuzt	11,30
Feder, geschlossen/-kompliziert	14,20
Feder, offen/Rücklaufsporn	11,30
Führungssporn, Hähchen, Interocclusal-stop	11,30
Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer	65,00
Hochlabialbogen	32,60
Innenbogen	29,70
Kinnkappe mit Retentionsshaken	65,00
Kunststoffschild	22,60
Labialbogen	25,50
Labialbogen, intermaxillär	38,90

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Labialbogen, modifiziert	32,60
Lingualbogen/Lingualer Frontalbogen/Palatalbogen	29,70
Lötung Drahtbruch, KFO	19,90
Lötung je Einheit, KFO	19,90
Lötung je zusätzliche Einheit, KFO	19,90
Pelotte	22,60
Protrusionsbogen	14,20
Retentionsschiene	84,00
Schiefe Ebene aus Kunststoff/oder gegossen	54,40
Schraube einarbeiten	19,90
Schraube einarbeiten, kompliziert	29,70
Spezialschraube zur asymmetrischen Bewegung	29,70
Spezialschraube zur Einzelzahnbewegung	29,70
Spezialschraube zur Metallverbindung	29,70
Spezialschraube zur Sektorenbewegung	29,70
Spike/Stopp	11,30
Teilaußenbogen/Teilinnenbogen	29,70
Trennen einer Basis/auch erschwert	8,60
U-Bügel	32,60
Verankerungsklammer	20,60
Verarbeiten eines Röhrchens/oder Schlosses	14,20
Vorbiss oder Rückbiss	13,50
Vorhofplatte	72,70
Zungengitter	22,60

Aufbisschienen und Aufbissbehelfe

Adjustierte Aufbisschiene, Knirscherschiene	173,70
Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	12,70
Aufbisschiene adj. nach verschiedenen Techniken	173,70
Basis, tiefgezogen	26,20
Erweitern einer Aufbisschiene, je Einheit	24,00
Grundeinheit Instandsetzen einer Aufbisschiene	24,00
Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO	9,20
Medikamententrägerschiene	84,00
Miniplast-Schiene, tiefgezogen	84,00
Neu-Adjustieren einer vorhandenen Schiene	58,70
Prothese umarbeiten als Aufbissbehelf	58,70
Remontieren von KFO-Gerät	59,30
Schienungskappe aus Metall oder Kunststoff	12,70
Übertragungskappe aus Metall oder Kunststoff	30,40
Wundverbandplatte, Autopolymerisat/tiefgezogen	84,00

Wiederherstellung/Erweiterung

Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert	17,70
Basis erneuern	86,10
Basis unterfüttern, auch KFO	70,70
Basisteil unterfüttern, auch KFO	51,60
Basisteil gegossen/auch Edelmetall	86,80
Grundeinheit erweitern	24,00
Grundeinheit instand setzen	21,90
Kronen- oder Brückengliederreparatur, je Einheit	38,60
Leistungseinheit, aktivieren Teleskopkrone, Geschiebe	10,60
Leistungseinheit, Basisteil	10,60
Leistungseinheit, Bruch/Sprung	10,60
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn	10,60
Leistungseinheit, Instandsetzen individueller Riegel	10,60
Leistungseinheit, Klammer einarbeiten	10,60
Leistungseinheit, Kontaktpunkt	10,60
Leistungseinheit, Kunststoffsaattel lösen und wiederbefestigen	10,60
Leistungseinheit, Nacharbeiten Keramikverblendung	10,60
Leistungseinheit, Okklusionsausgleich/Konfektionszahn	10,60

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Leistungseinheit, Retention/Basisteil einarbeiten	10,60
Leistungseinheit, Rückenschutzplatte einarbeiten	10,60
Leistungseinheit, Sekundärteil wiederbefestigen ohne Lötung	85,60
Leistungseinheit, Vorbereitung für Verblendung	10,60
Leistungseinheit, Wiederbefestigung Zahn	10,60
Retention gebogen	56,40
Retention gegossen/auch Edelmetall	69,30

Implantate und Suprakonstruktionen

Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	42,40
Aufwand zu Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	69,30
Basis aus Kunststoff, auf Implantat	41,70
Funktions-, individueller Löffel Kunststoff für Implantate	32,70
Implantatatche und -ort festlegen, je Zahn	29,70
Implantat-Divergenz-Ausgleichkrone gegossen	93,20
Implantat-Kontrollschablone	40,30
Implantatmodell	12,70
Implantatpfosten auf Modellierpfosten aufschrauben	5,00
Parallelbohrschablone für Implantat	179,40
Röntgenkugel positionieren	5,00
Verlängerungshülse für Implantat	19,00
Verschraubung, Implantat	60,00
Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen	18,20
Zahn vermessen	1,80
Zahnfleisch aus Kunststoff je Implantat	18,40

Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien

Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder gegossenem Glas	19,90
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Keramik	19,90
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien individuell gestaltet, in Metall	28,30
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien individuell gestaltet, in Keramik	33,30
Selektives Einschleifen, je Zahn	21,30

Sonstiges

Versand, je Versandgang	8,30
Sonderversand oder Fahrtkosten	8,30
Nicht-Edelmetall-Zuschlag	25,30

Das Preis- und Leistungsverzeichnis beschreibt abschließend die erstattungsfähigen Höchstbeträge aller zahntechnischen Laborarbeiten. Die Preise gelten zusätzlich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer. Materialkosten, die im Zusammenhang mit der Herstellung von zahntechnischen Leistungen entstehen, wie z. B. Edelmetall, Prothesenzähne, Konfektionsteile, sind in Höhe der Herstellerpreise zusätzlich der gesetzlichen Mehrwertsteuer erstattungsfähig. Zusätzlich werden Materialkosten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte gesondert berechnungsfähig sind, tariflich erstattet.

Die Preise werden alle zwei Jahre überprüft und gegebenenfalls angepasst. Mit Zustimmung des Treuhänders werden die Höchstpreise angepasst, wenn die vom Versicherer ausgewerteten Rechnungen im Mittel um mindestens 10 % von der letztgültigen Preisliste abweichen. Dabei wird auch überprüft, ob die Leistungsbeschreibungen ergänzt oder angepasst werden müssen; falls erforderlich geschieht dies mit Zustimmung des Treuhänders. Die neuen Leistungsinhalte und Preise gelten dann für Behandlungen ab dem 1. des übernächsten Monats nach der Benachrichtigung durch den Versicherer.

Tarif ZahnPREMIUM61 (Gruppen)

Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.01.2010, GV854, 12.2009

Es gelten die GAVB/VT – Allgemeine Gruppenversicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

I. Versicherungsleistungen

1. Sehhilfen

Ärztlich verordnete Brillen und Kontaktlinsen sowie deren Reparaturen werden zu **80 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages erstattet.

Die Erstattung ist begrenzt auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt 250 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren. Zur Berechnung dieses Betrages werden die erstattungsfähigen Rechnungsbeträge aus dem Kalenderjahr, in dem die Sehhilfe bezogen oder repariert wurde, und die aus dem vorhergehenden Kalenderjahr zusammengerechnet.

Die Erstattungen für Sehhilfen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Leistungen anderer privater Versicherungen die tatsächlich entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen. Der Hauptversicherte hat die Leistungen, die von der GKV und anderen Versicherern erbracht werden, dem Versicherer nachzuweisen.

2. Leistungen im Zahnbereich

a) Zahnbehandlung und Zahnersatz

Bei einer zahnärztlichen Heilbehandlung werden folgende Maßnahmen zu **90 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages abzüglich der von der GKV tatsächlich erstatteten Aufwendungen ersetzt:

- Parodontose- und Wurzelbehandlung, einschließlich Wurzelspitzenresektion
- Kunststofffüllungen
- Aufbissbehelfe und Schienen
- Inlay-Zahnfüllungen und Onlays
- Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken und Prothesen) und Veneers
Zahnkronen und Brücken werden in vollkeramischer und in metallischer Ausführung mit Verblendung erstattet.
- Implantate
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Gnathologie).
- vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen, Röntgenaufnahmen und Strahlendiagnostik, die unmittelbar zur Versorgung mit erstattungsfähigem Zahnersatz erforderlich werden,
- Reparaturen von bestehendem Zahnersatz
- Heil- und Kostenplan

Die Erstattung ist begrenzt

- im ersten Kalenderjahr auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt höchstens 1.000 Euro
- in den ersten beiden Kalenderjahren auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt höchstens 3.000 Euro
- in den ersten drei Kalenderjahren auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt höchstens 6.000 Euro
- ab dem vierten Kalenderjahr auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt höchstens 15.000 Euro in vier Kalenderjahren. Diese Höchstgrenze gilt auch bei einem Wechsel aus einem anderen Tarif.

Zur Berechnung der Erstattungshöhen werden die erstattungsfähigen Rechnungsbeträge aus dem Kalenderjahr, in dem die Behandlung stattfand, und die aus den entsprechend vorhergehenden Kalenderjahren zusammengerechnet.

Die Begrenzungen gelten nicht für einen Versicherungsfall, der durch einen nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall verursacht wurde.

b) Kieferorthopädie

Erstattet werden **90 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages abzüglich der von der GKV tatsächlich erstatteten Aufwendungen

- für kieferorthopädische Leistungen, wenn die Behandlung vor Vollendung des 19. Lebensjahres begonnen wird.
- für vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen, Röntgenaufnahmen und Strahlendiagnostik, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Leistung stehen.
- für den Heil- und Kostenplan.

c) sonstige Bestimmungen

Voraussetzung für die Erstattung der Leistung ist, dass die entstandenen Aufwendungen durch das Original der Rechnungen mit dem Erstattungsvermerk der GKV nachgewiesen werden.

Die Erstattung erfolgt, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Zahntechnische Laborarbeiten und Materialkosten werden erstattet, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für diesen Tarif aufgeführt sind und bis zu der dort genannten Höhe. Das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten und Materialkosten kann unter den Voraussetzungen des § 203 Absatz 3, 4 und 5 VG mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Kalenderjahres, den veränderten Bedingungen angepasst werden.

3. Auslandsreisen

a) Erstattungshöhe und -voraussetzungen

Erstattet werden **100 %** der erstattungsfähigen Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei einem im Ausland unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall während vorübergehender Reisen bis zu einer Dauer von jeweils 60 Tagen.

b) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- ambulante und stationäre Behandlung
 - ärztliche Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen und Hausbesuche einschließlich unaufschiebbarer Operationen und Operationsnebenkosten – mit Ausnahme für die Behandlung von geistigen und seelischen Störungen und Erkrankungen sowie für psychoanalytische, psychosomatische, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen
 - ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel
 - ärztlich verordnete Heilmittel (Inhalationen, Wärme- und Elektrotherapie sowie – nach einem während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfall – medizinische Bäder und Massagen) bis zu insgesamt 150 Euro je Versicherungsfall
 - ärztlich verordnete Hilfsmittel, soweit diese erstmals auf Grund eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalls erforderlich werden, bis zu insgesamt 150 Euro je Versicherungsfall
 - Röntgendiagnostik, Strahlendiagnostik und Strahlentherapie
 - Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung
 - medizinisch notwendiger Transport oder Verlegung durch anerkannte Rettungsdienste zum nächsterreichbaren zur Behandlung geeigneten Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall
- schmerzstillende Zahnbehandlung
- Krankenrücktransport

Die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen oder wirtschaftlich vertretbaren Rücktransports aus dem Ausland werden erstattet. Zusätzlich werden Mehraufwendungen für eine Begleitperson erstattet, wenn die Begleitung medizinisch notwendig ist.

Medizinisch notwendig ist der Rücktransport, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist.

Wirtschaftlich vertretbar ist der Rücktransport, wenn ein stationärer Aufenthalt von mindestens 14 Tagen wahrscheinlich wird oder die voraussichtlichen Kosten für den stationären Aufenthalt die Rücktransportkosten übersteigen würden.

Die Rückführung muss an den ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächst erreichbare zur Behandlung geeignete Krankenhaus erfolgen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

Mehraufwendungen sind die Aufwendungen, die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr ins Inland zusätzlich anfallen. Die durch den Rücktransport ersparten Fahrtkosten werden von der Versicherungsleistung abgezogen.

- Rückführung und Bestattung im Todesfall

Beim Tode der versicherten Person im Ausland werden die Aufwendungen für die Bestattung am Sterbeort oder die Überführung an deren letzten ständigen Wohnsitz erstattet.

c) Sonstige Bestimmungen

An Stelle der Regelung in § 1 Absatz 4 GAVB/VT gilt für den Versicherungsschutz auf Auslandsreisen Folgendes:

- Als Ausland im Sinne von Abschnitt II Ziffer 3 dieses Tarifes gelten nicht die Bundesrepublik Deutschland sowie die Länder, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.
- Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung eines Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch mit Ablauf des 60. Tages des Auslandsaufenthaltes bzw. mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Ist die Rückreise zu diesem Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle längstens um 90 Tage.

Abweichend von § 3 Absatz 2 und 3 GAVB/VT entfallen für Behandlungen auf Auslandsreisen die Wartezeiten.

Ergänzend zu den in § 5 GAVB/VT genannten Leistungsausschlüssen besteht für Auslandsreisen, für deren Antritt ein Grund die Heilbehandlung im Ausland war, kein Versicherungsschutz. Gleiches gilt bei Heilbehandlungen, von denen bei Grenzüberschreitung bereits feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten, eingetragenen Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde.

Abweichend von § 5 Absatz 2 Buchstabe a) GAVB/VT besteht Versicherungsschutz auf Auslandsreisen für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht wurden, wenn bei Reiseantritt für das jeweilige Urlaubsland keine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes vorlag. Dieser Versicherungsschutz entfällt am Ende des 7. Tages nach Beginn eines kriegerischen Ereignisses.

Soweit im Versicherungsfall ein Dritter leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall der Bayerischen Beamtenkrankenkasse, wird diese jedoch im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten.

II. Beiträge

1. Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsnachweis.
2. Der Beitrag wird nach dem Geschlecht der versicherten Person festgesetzt. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8 a GAVB/VT. Für den Tarif ZahnPREMIUM61 (Gruppen) wird keine Alterungsrückstellung gebildet.

III. Versicherungsfähigkeit und Obliegenheiten

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und im Jahr des Versicherungsbegins das 61. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben.
2. Endet für eine versicherte Person die Versicherung in der GKV, hat der Hauptversicherte dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung im Tarif ZahnPREMIUM61 (Gruppen) endet dann für diese versicherte Person zu dem Zeitpunkt, zu dem auch seine Versicherung in der GKV endet.

3. Der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Versicherung mit Leistungen für Zahnersatz oder Sehhilfen darf nur mit Einwilligung des Versicherers erfolgen. Wird diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Absatz 1 VVG berechtigt, den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen

Abkürzungsverzeichnis

GAVB/VT	Allgemeine Gruppenversicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
VG	Gesetz über den Versicherungsvertrag

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten und Materialkosten für die Tarife ZahnPREMIUM

Der Erstattungsanspruch bestimmt sich nach dem jeweils vereinbarten tariflichen Leistungsumfang.

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
----------	--

Arbeitsvorbereitung

Dowel-Pin setzen	4,30
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	19,30
Frässockel	12,70
Hilfsteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	19,30
Kunststoffstümpfe, Metallstümpfe, Einzelstümpfe	18,40
Modell aus feuerfester Masse/Lötmodell	12,70
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Okklusionsmodell	12,70
Modell Hartgips, Superhartgips, Kontrollmodell	7,90
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	12,70
Modellergänzung aus Kunststoff	22,10
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	20,70
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	11,30
Montage eines Gegenkiefermodelles	11,30
Remontagemodell	12,70
Spezialmodell	30,40
Split-Cast-Sockel an Modell	7,90
Stumpfabdruck galvanisieren	19,30
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	7,90
Zweitstumpf für Inlay, Stumpf aus feuerfester Masse	19,00

Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln

Basis aus Kunststoff für Bissnahmen, Aufstellung	26,20
Bisswall aus Kunststoff auf Basis	17,30
Bisswall aus Wachs auf Basis	7,90
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff	26,20
Metallarmierung für provisorische Versorgung je Zahn	47,90
Metallprovisorium verblenden, je Zahn	39,60
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftohn, Onlay, Inlay, Teilkronen	39,60
Registrierplatte und -stift incl. Basen je Kiefer	32,70
Spezialbissplatte	32,70
Tiefziehteil Formteil für provisorische Versorgung	23,30
Vorwall	17,00

Inlays

Angelieferte Modellation gießen	41,40
Dreiviertelkrone, Teilkronen zur Verblendung	126,40
Dreiviertelkrone, Teilkronen aus Metall	140,90
Dreiviertelkrone, Teilkronen gefräst	224,30
Gussinlay, einflächig	98,80
Gussinlay, Onlay drei- oder mehrflächig	127,10
Gussinlay, zweiflächig	113,00
Inlay Keramik, einflächig, geschichtet	184,00

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
----------	--

Inlay Keramik, zweiflächig, geschichtet	195,50
Inlay Kunststoff, einflächig	71,20
Inlay Kunststoff, zweiflächig	85,40
Inlay Presskeramik oder gefräst, einflächig	184,00
Inlay Presskeramik oder gefräst, zweiflächig	195,50
Inlay, Onlay Keramik, drei- oder mehrflächig geschichtet	224,30
Inlay, Onlay Kunststoff, drei- oder mehrflächig	99,50
Inlay galvanisch aufgebaut, drei- oder mehrflächig	127,10
Inlay galvanisch aufgebaut einflächig	98,80
Inlay galvanisch aufgebaut zweiflächig	113,00
Inlay, Onlay Presskeramik oder gefräst, drei- oder mehrflächig	224,30

Kronen und Brückentechnik

Anker gefräst, oder gegossen für Klebebrücke	127,10
Auflage an Brückenglied	16,30
Aufpreis Mehraufwand Zirkoniumoxydverarbeitung incl. Rohling	62,80
Brückenglied, gegossen oder gefräst massiv	83,10
Brückenglied, gegossen oder gefräst für Keramik, Polymerglas, Kunststoff Teilverblendung	69,30
Brückenglied, gegossen oder gefräst für Keramik, Polymerglas, Kunststoff Vollverblendung	69,30
Galvanokrone für Verblendung	110,50
Hartkernstiftaufbau, mehrflächig, ohne Verblendung	74,80
Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	18,40
Krone, Brückenglied in vorhandene Prothese einarbeiten	18,40
Krone, gefräst, Über-Presskeramik ohne Stufenpräparation	96,70
Krone, gegossen für Keramik-Teilverblendung	99,20
Krone, gegossen für Keramik-Vollverblendung	113,00
Krone, Metall, nach Stufenpräparation	110,50
Krone, Metall, ohne Stufenpräparation für Kunststoffverblendung	96,70
Krone, Metall, ohne Stufenpräparation	96,70
Mantelkrone, Frontzahn/Seitenzahn, aus Kunststoff	88,30
Mehrflächige Verblendung aus Keramik, auch Zirkoniumoxyd	119,60
Mehrflächige Verblendung aus Kunststoff	105,80
Papille, Sattel-Pontic aus Keramik	55,50
Papille, Sattel-Pontic aus Kunststoff	42,50
Schulter aus Keramik/Glas	69,30
Sintergerüst für Krone, ohne Verblendung	85,40
Stift in Inlay für Pinledge-Technik	14,20
Stiftaufbau direkt	27,60
Stiftaufbau in vorhandene Krone	25,30
Stiftaufbau, indirekt, gegossen oder gefräst	74,80
Stufenkrone, gegossen für Keramik-Teilverblendung	99,20
Stufenkrone, gegossen für Keramik-Vollverblendung	113,00

Leistung	erstattungs-fähiger Höchstbetrag Euro
Teilverblendung aus Keramik/Glas	105,80
Teilverblendung aus Kunststoff	64,40
Verblendschale, Veneer, Kunststoff	63,60
Verblendschale, Veneer, gefräst	105,80
Verblendschale, Veneer, Keramik, geschichtet	119,60
Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	27,60
Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvano- Wurzelkappe	99,20
Wurzelkappe, indirekt, gegossen, erodiert, mit Aufbau	85,40
Wurzelpontic aus Keramik/Glas/Polymerglass	41,70
Wurzelpontic aus Kunststoff	19,00
Wurzelstift, gegossen, aus Metall	44,90
Zahnfleisch aus Keramik	48,30
Zahnfleisch aus Kunststoff	22,10
Zirkoniumoxyd-Brückenglied zur Verblendung	104,20
Zirkoniumoxydkrone zur Verblendung	113,00

Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente

Ankerbandklammer, sekundär	155,30
Bohrung und Fräsung für Friktionsstift bei RRS	58,00
Federbolzen, Friktionsstift für RRS	58,00
Individueller Steg, Grundeinheit ohne Längeneinheit	115,10
Individueller Steg, Längeneinheit je Zahn incl. Reiter	18,50
Individuelles Geschiebe, primär oder sekundär	244,40
Individuelles Steggeschiebe/auch mit Gingivalfassung	161,60
Konfektionsgeschiebe/-riegel/verriegelnd, primär	96,00
Konfektionsgeschiebe -anker, -gelenk, primär	96,00
Konfektionssteg, Grundeinheit incl. Längeneinheit	115,10
Konfektionssteglasche in Kunststoffbasis/Metallbasis	62,80
Lager für Ankerbandklammer	72,70
Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	72,70
Lager/Raste für Schubverteilungsarm	72,70
Lösungsknopf für Verbindungselement, Krone, Brücke	21,30
Rillen-Schulter-Geschiebe, sekundär	155,30
Schub-Steckriegel, Schwenk-Drehriegel/individuell auch funkenerodiert	296,70
Schub-Steckriegel, Schwenk-Drehriegel/konfektioniert auch funkenerodiert	213,20
Schubverteilungsarm	74,10
Teilfräsung	29,70
Teleskop-Konuskronen, Doppelkronen, primär/sekundär, Metall/Zirkon auch zur Verblendung	141,20
Verschraubung/Verbolzung, auch funkenerodiert	58,00

Herstellen von herausnehmbarem Zahnersatz

Approximalklammer, Bonyhard-Klammer, gebogen	13,50
Aufstellen auf Metallbasis, je Zahneinheit	4,30
Aufstellen auf Wachs oder Kunststoffbasis, je Zahneinheit	3,60
Aufstellen, Grundeinheit	39,60
Basis oder Basisteil aus Weichkunststoff, Sonderkunststoff	115,10
Basisteil, gegossen, auch Edelmetall	86,80
Befestigung eines Zahnes mit zahnfärbendem Kunststoff	24,60
Bonwill-Klammer, gegossen, aus Edelmetall	58,90
Bonyhard-Klammer, gegossen, auch Edelmetall	15,60
Einarmige Klammer, gebogen	13,50
Einarmige, Inlay Klammer, gegossen, auch Edelmetall	15,60
Fertigstellen Kunststoff-/Metallbasis, je Zahneinheit	5,00
Fortlaufende Klammer, Auflage gegossen, auch Edelmetall	15,60
Gitter, partiell/total oder Bügel	110,70
Grundeinheit Fertigstellung mit Kunststoff-/Metallbasis	62,80
Herstellen eines Zahnes aus zahnfärbendem Kunststoff	45,30
Inlayklammer, Interdental-Klammer, gebogen	13,50

Leistung	erstattungs-fähiger Höchstbetrag Euro
Kappe, gegossen, auch Edelmetall	27,60
Kauffläche aus zahnfärbendem Kunststoff	45,30
Kunststoff an unfütterbaren Abschlussrand	24,70
Lösungsknopf für Friktionsprothese, gegossen oder gebogen	21,30
Metallbasis als fortlaufende Klammer ohne Bügel	165,90
Metallbasis, Ober-/Unterkiefer, partiell oder total	165,90
Metallkauffläche/Metallzahn, auch Edelmetall	51,60
Metallzahn/auch aus Edelmetall	51,60
Pelottenklammer, Zahnfleischklammer	13,50
Ring-, Bonyhardklammer mit Auflage, gegossen/Edelmetall	39,60
Ringklammer, gegossen/auch Edelmetall	27,60
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung, auch EM	51,60
Rücklaufklammer, Überwurfklammer gegossen/Edelmetall	39,60
Sonderkunststoff	62,10
Überwurfklammer, zweiarmig, gebogen	20,60
Überwurfklammer, Krallen, Auflage, gebogen einarmig	13,50
Umgehungsbügel bei Diastema	29,40
Unterfütterbarer Abschlussrand	38,50
Zuschlag Klammer, einzeln gegossen/auch Edelmetall	26,20
Zweiarmige Klammer mit Auflage, gebogen	26,10
Zweiarmige Klammer, gegossen/auch Edelmetall	27,60
Zweiarmige Klammer, Doppelbogenklammer gebogen	20,60
Zweiarmige Klammer, gegossen mit Auflage/auch Edelmetall	39,60

Metallverbindungen

Lichtbogenschweißen/Laser-/Plasma-/Punkt-/schweißen: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen je Verbindung	25,40
bei unterschiedlichen Legierungen je Verb.	33,70
an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	33,70
Basislegierung bei gleichen Legierungen	33,70
Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	33,70
Lötung auf Modell, Grundeinheit	25,40
Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung	34,60

Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten

Adams-, Pfeil-, Dreiecksklammer gebogen	20,60
Aktiver Sporn	11,30
Ankerband/Ankerkappe	26,90
Aufbiss	17,90
Auflage-KFO	13,50
Außenbogen	29,70
Basis für Einzelkiefergerät	65,00
Basis für KFO-Gerät, Positioner	136,90
Coffin-Feder	57,30
Doppelplatten-Führungssporn	32,60
Dorn	11,30
Druckfeder, Zugfeder	14,20
Facebow anpassen	14,20
Feder, gekreuzt	11,30
Feder, geschlossen/-kompliziert	14,20
Feder, offen/Rücklaufsporn	11,30
Führungssporn, Hächchen, Interocclusal-stop	11,30
Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer	65,00
Hochlabialbogen	32,60
Innenbogen	29,70
Kinnkappe mit Retentionsshaken	65,00
Kunststoffschild	22,60
Labialbogen	25,50
Labialbogen, intermaxillär	38,90
Labialbogen, modifiziert	32,60

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Lingualbogen/Lingualer Frontalbogen/Palatalbogen	29,70
Lötung Drahtbruch, KFO	19,90
Lötung je Einheit, KFO	19,90
Lötung je zusätzliche Einheit, KFO	19,90
Pelotte	22,60
Protrusionsbogen	14,20
Retentionsschiene	84,00
Schiefe Ebene aus Kunststoff/oder gegossen	54,40
Schraube einarbeiten	19,90
Schraube einarbeiten, kompliziert	29,70
Spezialschraube zur asymmetrischen Bewegung	29,70
Spezialschraube zur Einzelzahnbewegung	29,70
Spezialschraube zur Metallverbindung	29,70
Spezialschraube zur Sektorenbewegung	29,70
Spike/Stop	11,30
Teilaußenbogen/Teilinnenbogen	29,70
Trennen einer Basis/auch erschwert	8,60
U-Bügel	32,60
Verankerungsklammer	20,60
Verarbeiten eines Röhrchens/oder Schlosses	14,20
Vorbiss oder Rückbiss	13,50
Vorhofplatte	72,70
Zungengitter	22,60

Aufbisschienen und Aufbissbehelfe

Adjustierte Aufbisschiene, Knirscherschiene	173,70
Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	12,70
Aufbisschiene adj. nach verschiedenen Techniken	173,70
Basis, tiefgezogen	26,20
Erweitern einer Aufbisschiene, je Einheit	24,00
Grundeinheit Instandsetzen einer Aufbisschiene	24,00
Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO	9,20
Medikamententrägerschiene	84,00
Miniplast-Schiene, tiefgezogen	84,00
Neu-Adjustieren einer vorhandenen Schiene	58,70
Prothese umarbeiten als Aufbissbehelf	58,70
Remontieren von KFO-Gerät	59,30
Schienungskappe aus Metall oder Kunststoff	12,70
Übertragungskappe aus Metall oder Kunststoff	30,40
Wundverbandplatte, Autopolymerisat/tiefgezogen	84,00

Wiederherstellung/Erweiterung

Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert	17,70
Basis erneuern	86,10
Basis unterfüttern, auch KFO	70,70
Basisteil unterfüttern, auch KFO	51,60
Basisteil gegossen/auch Edelmetall	86,80
Grundeinheit erweitern	24,00
Grundeinheit instand setzen	21,90
Kronen- oder Brückengliederreparatur, je Einheit	38,60
Leistungseinheit, aktivieren Teleskopkrone, Geschiebe	10,60
Leistungseinheit, Basisteil	10,60
Leistungseinheit, Bruch/Sprung	10,60
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn	10,60
Leistungseinheit, Instandsetzen individueller Riegel	10,60
Leistungseinheit, Klammer einarbeiten	10,60
Leistungseinheit, Kontaktpunkt	10,60
Leistungseinheit, Kunststoffsaattel lösen und wiederbefestigen	10,60
Leistungseinheit, Nacharbeiten Keramikverblendung	10,60
Leistungseinheit, Okklusionsausgleich/Konfektionszahn	10,60
Leistungseinheit, Retention/Basisteil einarbeiten	10,60
Leistungseinheit, Rückenschutzplatte einarbeiten	10,60

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Leistungseinheit, Sekundärteil wiederbefestigen ohne Lötung	85,60
Leistungseinheit, Vorbereitung für Verblendung	10,60
Leistungseinheit, Wiederbefestigung Zahn	10,60
Retention gebogen	56,40
Retention gegossen/auch Edelmetall	69,30

Implantate und Suprakonstruktionen

Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	42,40
Aufwand zu Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	69,30
Basis aus Kunststoff, auf Implantat	41,70
Funktions-, Individueller Löffel Kunststoff für Implantate	32,70
Implantatachse und -ort festlegen, je Zahn	29,70
Implantat-Divergenz-Ausgleichskrone gegossen	93,20
Implantat-Kontrollschablone	40,30
Implantatmodell	12,70
Implantatpfosten auf Modellierpfosten aufschrauben	5,00
Parallelbohrschablone für Implantat	179,40
Röntgenkugel positionieren	5,00
Verlängerungshülse für Implantat	19,00
Verschraubung, Implantat	60,00
Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen	18,20
Zahn vermessen	1,80
Zahnfleisch aus Kunststoff je Implantat	18,40

Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien

Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder gegossenem Glas	19,90
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Keramik	19,90
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien individuell gestaltet, in Metall	28,30
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien individuell gestaltet, in Keramik	33,30
Selektives Einschleifen, je Zahn	21,30

Sonstiges

Versand, je Versandgang	8,30
Sonderversand oder Fahrtkosten	8,30
Nicht-Edelmetall-Zuschlag	25,30

Das Preis- und Leistungsverzeichnis beschreibt abschließend die erstattungsfähigen Höchstbeträge aller zahntechnischen Laborarbeiten. Die Preise gelten zusätzlich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer. Materialkosten, die im Zusammenhang mit der Herstellung von zahn-technischen Leistungen entstehen, wie z. B. Edelmetall, Prothesenzähne, Konfektionsteile, sind in Höhe der Herstellerpreise zusätzlich der gesetzlichen Mehrwertsteuer erstattungsfähig. Zusätzlich werden Materialkosten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte gesondert berechnungsfähig sind, tariflich erstattet.

Die Preise werden alle zwei Jahre überprüft und gegebenenfalls angepasst. Mit Zustimmung des Treuhänders werden die Höchstpreise angepasst, wenn die vom Versicherer ausgewerteten Rechnungen im Mittel um mindestens 10 % von der letztgültigen Preisliste abweichen. Dabei wird auch überprüft, ob die Leistungsbeschreibungen ergänzt oder angepasst werden müssen; falls erforderlich geschieht dies mit Zustimmung des Treuhänders. Die neuen Leistungsinhalte und Preise gelten dann für Behandlungen ab dem 1. des übernächsten Monats nach der Benachrichtigung durch den Versicherer.

Besondere Bedingungen für junge Erwachsene/YoungLINE

Stand: 01.10.2010, V675, 12.2009

Es gelten die vereinbarten Tarife mit den jeweils gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

I. Versicherungsfähigkeit

Die Besonderen Bedingungen für junge Erwachsene können zu den Tarifen

- ZahnPLUS** Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte
ZahnPREMIUM Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte
KlinikPRIVAT/2 Stationäre Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte vereinbart werden.

Solange die Besonderen Bedingungen gelten, erhält der Tarif den Zusatz „/YL“.

Die Besonderen Bedingungen können von allen Personen ab Beginn des Kalenderjahres, in dem sie das 20. Lebensjahr vollenden, vereinbart werden. Das Höchstaufnahmearter beträgt 29 Jahre.

II. Beiträge

1. Während der Gültigkeit der Besonderen Bedingungen reduziert sich der Beitrag gegenüber dem des zugrunde liegenden Tarifs, weil keine Altersrückstellung gebildet wird. Deshalb richten sich die monatlichen Beitragsraten nach der jeweiligen Lebensaltersgruppe; sie ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.
2. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 25. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

III. Ende der Besonderen Bedingungen

1. Die Besonderen Bedingungen entfallen
 - a) mit Beendigung des zugrunde liegenden Tarifes;
 - b) zu Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 30. Lebensjahr vollendet;
 - c) bei Kündigung der Besonderen Bedingungen durch den Versicherungsnehmer. Die Kündigung ist zum Ende eines jeden Monats mit einer Frist von zwei Wochen möglich.
2. Entfallen die Besonderen Bedingungen aufgrund Punkt 1 Buchstabe b) oder c), wird die Versicherung ohne Unterbrechung im zugrunde liegenden Tarif weitergeführt. Die Weiterführung erfolgt ohne Gesundheitsprüfung und unter Anrechnung der Vorversicherungszeit auf die Wartezeiten. Der Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Eintrittsalter.

Wird eine Fortführung der Versicherung nicht gewünscht, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bis zwei Monate nach der Änderung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Besondere Bedingungen für junge Erwachsene/YoungLINE (Gruppenversicherung)

Stand: 01.01.2010, GV675, 12.2009

Es gelten die vereinbarten Tarife mit den jeweils gültigen Allgemeinen Gruppenversicherungsbedingungen (GAVB) sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

I. Versicherungsfähigkeit

Die Besonderen Bedingungen für junge Erwachsene können zu den Tarifen

- ZahnPLUS** Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte
(Gruppenversicherung)
ZahnPREMIUM Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte
(Gruppenversicherung)
KlinikPRIVAT/2 Stationäre Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte
(Gruppenversicherung)
vereinbart werden.

Solange die Besonderen Bedingungen gelten, erhält der Tarif den Zusatz „/YL“.

Die Besonderen Bedingungen können von allen Personen ab Beginn des Kalenderjahres, in dem sie das 20. Lebensjahr vollenden, vereinbart werden. Das Höchstaufnahmearter beträgt 29 Jahre.

II. Beiträge

1. Während der Gültigkeit der Besonderen Bedingungen reduziert sich der Beitrag gegenüber dem des zugrunde liegenden Tarifs, weil keine Altersrückstellung gebildet wird. Deshalb richten sich die monatlichen Beitragsraten nach der jeweiligen Lebensaltersgruppe; sie ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.
2. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 25. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

III. Ende der Besonderen Bedingungen

1. Die Besonderen Bedingungen entfallen
 - a) mit Beendigung des zugrunde liegenden Tarifes;
 - b) zum Zeitpunkt, an dem die versicherte Person das 30. Lebensjahr vollendet;
 - c) bei Kündigung der Besonderen Bedingungen durch den Hauptversicherten. Die Kündigung ist zum Ende eines jeden Monats mit einer Frist von zwei Wochen möglich.
2. Entfallen die Besonderen Bedingungen aufgrund Punkt 1 Buchstabe b) oder c), wird die Versicherung ohne Unterbrechung im zugrunde liegenden Tarif weitergeführt. Die Weiterführung erfolgt ohne Gesundheitsprüfung und unter Anrechnung der Vorversicherungszeit auf die Wartezeiten. Der Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Eintrittsalter.

Wird eine Fortführung der Versicherung nicht gewünscht, kann der Hauptversicherte das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bis zwei Monate nach der Änderung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Stand: 01.01.2008, SAP-Nr: 323788

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versicherungsgemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und Datennutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf, der allerdings den Grundsätzen von Treu und Glauben unterliegt.

Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie z. B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten) und versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer) und Beitrag, Bankverbindung, Abrechnung mit Vermittlern sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Sachverständigen oder eines Arztes (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und gegebenenfalls auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien.

Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden Ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmisbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Mehrfachversicherung, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrages oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmisbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) und beim Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) zentrale Hinweissysteme. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur, soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Beispiel: Meldung von Leistungsfällen, wenn Verdacht auf Versicherungsmisbrauch besteht. Zweck: Bekämpfung von Betrug und Aufdeckung falscher Angaben bei Antragstellung und Leistungsfällen.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen z. B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien, werden durch rechtlich selbständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, gegebenenfalls Ihr Geburtsdatum, Kon-

tonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die so genannten Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

Die übrigen allgemeinen Antragsdaten, einschließlich der Gesundheitsdaten, sowie Vertrags- und Leistungsdaten können an andere Krankenversicherer der Versicherungskammer Bayern (VKB) zwecks Bearbeitung weitergegeben werden. Von den übrigen Versicherungsunternehmen der Gruppe können nur die allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten abgefragt werden.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des BDSG zu beachten sind.

Branchenspezifische Daten – wie z. B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der Krankenversicherer.

Der Versicherer gehört zur Versicherungsgruppe Versicherungskammer Bayern (VKB) und gehört/kooperiert über die jeweils zuständige Landesdirektion zu/mit der Versicherungsgruppe, der diese als Unternehmen angehört.

Versicherungskammer Bayern zurzeit: Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, Bayerische Landesbrandversicherung AG, Bayerischer Versicherungsverband Versicherungsaktiengesellschaft, Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG, Feuerversicherung Berlin Brandenburg Versicherung AG, Öffentliche Lebensversicherung Berlin Brandenburg AG, Saarland Feuerversicherung AG, Saarland Lebensversicherung AG, Union Krankenversicherung AG, Union Reiseversicherung AG, Versicherungskammer Bayern Versicherungsanstalt des öffentlichen Rechts, Versicherungskammer Bayern Konzern-Rückversicherung AG.

Landesdirektionen zurzeit: Badischer Gemeinde-Versicherungs-Verband, Feuerversicherung Berlin Brandenburg Versicherung AG, Lippische Landes-Brandversicherungsanstalt, Öffentliche Lebensversicherung Braunschweig, Öffentliche Lebensversicherungsanstalt Oldenburg, ÖSA - Öffentliche Lebensversicherung Sachsen-Anhalt, Ostfriesische Landschaftliche Brandkasse, Provinzial Nord Lebensversicherung AG, Provinzial Rheinland Lebensversicherung AG - Versicherung der Sparkassen, Saarland Feuerversicherung AG, Sparkassen-Versicherung Sachsen Lebensversicherung AG, SV Sparkassen-Versicherung AG, Westfälische Provinzial Versicherung AG.

Aufgrund von Kooperationsabkommen ist die bestehende Versicherung in der AOK/LKK Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit in einigen Tarifen. Zur Überprüfung und zur Betreuung erfolgt ein Datenaustausch.

Zurzeit bestehen Kooperationsverträge mit: AOK Baden-Württemberg, AOK Bayern, AOK Rheinland/Hamburg, Land- und forstwirtschaftliche Krankenkasse Franken und Oberbayern, Land- und forstwirtschaftliche Krankenkasse Niederbayern-Oberpfalz und Schwaben.

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z. B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften und weiteren Versicherungsunternehmen zusammen.

Die Versicherungskammer Bayern und teilweise die einzelnen Landesdirektionen kooperieren mit den Unternehmen der Sparkassenorganisation (-Finanzgruppe) und den Raiffeisen- und Volksbanken.

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z. B. die genannten Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 6.

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unseres Kooperationspartners werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften und andere.

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen, sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten. Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z. B. durch Kündigung des Vermittlervertrages oder bei Pensionierung), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen

Sie haben als Betroffener nach dem BDSG ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.