Vertragsgrundlage 006
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Zahnvorsorge (AVB/ZV) Teil I

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

(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.

(3) Der Geltungsbereich für den Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) sowie die Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR). Während der ersten drei Monate eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes besteht weltweit Versicherungsschutz. Dies gilt für Auslandsaufenthalte, die auch dem Zweck der Heilbehandlung dienen, nur, wenn der Versicherer dies vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung (Vertragsschluss) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeit beträgt grundsätzlich sechs Monate.

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Umfang der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

(3) Als Leistungen der Heilbehandlung gelten die in den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte aufgeführte Positonen. Diese werden bis zu den in den Gebührenordnungen festgelegten Höchstsätzen erstattet, sofern der Tarif nicht anderes vorsieht.

(4) Arznei- und Verbandsmittel müssen von den Zahnärzten verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

(5) Der Versicherer leistet in vertraglichem 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.

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

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

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht

1. für auf Vorsatz beruhende Erkrankungen und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr begangenen Verbrechen des Mordes, des Totschlages oder der Vergewaltigung zugezogen hat.
2. für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfolgen, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht werden, sofern vor dem Zeitpunkt der Einreise für das betreffende Land eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes gegeben war;

   Dies gilt auch, wenn sich die versicherte Person zum Zeitpunkt der Reisewarnung des Auswärtigen Amtes oder bei Ausbruch des Krieges bereits in dem betreffenden Land aufhält und dieses nicht unverzüglich nach Veröffentlichung der Reisewarnung bzw. Ausbruch des Krieges verlässt. Die vorgenannten Regelungen gelten sowohl für private als auch berufliche Auslandsaufenthalte;
3. für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

(2) Besteht auch Anspruch auf Leistung aus der gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung oder auf eine gesetzliche Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistung notwendig bleiben.

§ 6 Auszahlung von Versicherungsleistungen

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

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

(3) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein ausländisches Konto und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig.

(2) Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Liegt der Versicherungsbeginn in der Zukunft, wird der erste Beitrag erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.

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

§ 9 Beitragsberechnung

(1) Die Höhe des Beitrages für den Neuzugang richtet sich nach dem Alter der versicherten Person bei Versicherungsbeginn (Eintrittsalter) und ergibt sich aus den jeweils gültigen Beitragsübersichten. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr.

(2) Für Personen, die das 20., 40., 45., 50., 55., 60. bzw 80. Lebensjahr vollenden, ist ab dem Beginn des folgenden Kalenderjahres der ihrem Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

(3) Der Versicherer überprüft die Prämien der Tarife gemäß § 203 Absatz 2 VVG in Verbindung mit § 12 b Absatz 2 VAG, wenn der jährliche Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 7 % für die Versicherungsleistungen und 5% für die Sterbewahrscheinlichkeit ergibt. Im Übrigen bleiben die gesetzlichen Bestimmungen zur Prämienanpassung unberührt.

§ 10 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.

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

§ 11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2-4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 11 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person werden dem Versicherungsnehmer zugerechnet und stehen insoweit seiner Kenntnis und seinem Verschulden gleich.

§ 12 Aufrechnung

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

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen, frühestens jedoch zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres.

(2) Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt und endet am 31.12. des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch.

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Das Versicherungsverhältnis endet bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person insoweit zu dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer hiervon Kenntnis erlangt.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

Gültig ab 10.2013