

## Kundeninformation (nach § 1 VVG-InfoV) für Ihre Krankenversicherung nach Tarife ZAB, ZAE, ZBB und ZBE

1. Wer ist Ihr Vertragspartner?
2. Welche Leistungen erhalten Sie aus Ihrem Vertrag?
3. Welche Beiträge sind zu zahlen?
4. Welche Nebenkosten fallen zusätzlich zum Beitrag an?
5. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
6. Wie lange gilt unser Vertragsangebot?
7. Wie kommt Ihr Vertrag zustande? Ab wann sind Sie versichert?
8. Können Sie Ihren Antrag widerrufen?
9. Wie lange läuft Ihr Vertrag?
10. Können Sie Ihren Vertrag vorzeitig beenden?
11. Welches Recht und welche Sprache finden Anwendung?

### Für den Vertrag gelten:

- Bedingungen für die Zahnersatzversicherung für gesetzlich Krankenversicherte ohne Gesundheitsfragen – Vertragsgrundlage Tarif ZAB (Stand 11/2021)
- Bedingungen für die Zahnersatzversicherung für gesetzlich Krankenversicherte ohne Gesundheitsfragen – Vertragsgrundlage Tarif ZAE (Stand 11/2021)
- Bedingungen für die Zahnerhaltversicherung für gesetzlich Krankenversicherte ohne Gesundheitsfragen – Vertragsgrundlage Tarif ZBB (Stand 11/2021)
- Bedingungen für die Zahnerhaltversicherung für gesetzlich Krankenversicherte ohne Gesundheitsfragen – Vertragsgrundlage Tarif ZBE (Stand 11/2021)

### 1. Wer ist Ihr Vertragspartner?

nexible Versicherung AG,  
Karl-Martell-Str. 60, 90344 Nürnberg,

gesetzlich vertreten durch den Vorstand:  
Torsten Haase (Vorsitzender), Dr. Tobias Hofmann, Christine Voß.

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Mark Klein.

Sitz der Gesellschaft: Nürnberg, eingetragen beim Amtsgericht Nürnberg unter der Handelsregisternummer HRB 15996.

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit ist insbesondere das Betreiben von KFZ-, Haftpflicht-, Schaden-, Unfall- und Kranken-Zusatzversicherungen.

### 2. Welche Leistungen erhalten Sie aus Ihrem Vertrag?

Vertragsgrundlage sind die Versicherungsbedingungen. Diese enthalten abschließende Angaben zu den Leistungen. Im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten fassen wir die wichtigsten Bestimmungen noch einmal zusammen.

### 3. Welche Beiträge sind zu zahlen?

Der zu zahlende Beitrag für fsfxd test test beträgt im **Tarif ZAB** 6,30 Euro.

Der zu zahlende Beitrag für fsfxd test test beträgt im **Tarif ZAE** 2,10 Euro.

Der zu zahlende Beitrag für fsfxd test test beträgt im **Tarif ZBB** 7,90 Euro.

Der zu zahlende Beitrag für fsfxd test test beträgt im **Tarif ZBE** 6,80 Euro.

Die Beiträge sind monatlich zu zahlen.

Wie sich der zu zahlende Beitrag zusammensetzt, entnehmen Sie bitte Ihren Vertragsunterlagen.

Die aktuell gültigen Beiträge in den jeweiligen Altersgruppen sind im Anhang zu den Versicherungsbedingungen aufgeführt.

### 4. Welche Nebenkosten fallen zusätzlich zum Beitrag an?

Beim Vertragsschluss und während der Vertragslaufzeit fallen bei uns keine weiteren Kosten an.

Die Kosten, die Ihnen durch die Ermittlung und Feststellung der von uns zu erbringenden Leistungen entstehen, erstatten wir Ihnen insoweit als Ihre Aufwendungen den Umständen nach geboten waren. Diese Kosten erstatten wir Ihnen unabhängig von den Leistungsbegrenzungen. Kosten für die Zuziehung eines Sachverständigen oder eines Beistands erstatten wir Ihnen nur dann, wenn wir Sie hierzu aufgefordert haben.

### 5. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Die Beiträge sind ab Vertragsbeginn zu zahlen. Der erste Beitrag (**Erstbeitrag**) wird sofort mit Zustandekommen des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem 01.09.2023. Alle weiteren Beiträge (**Folgebeiträge**) sind jeweils zu Beginn der monatlichen Zahlungsperiode zu zahlen.

Die Zahlung der Beiträge erfolgt entweder durch Ihre Einzahlung auf unser Konto oder nach Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats.

### 6. Wie lange gilt unser Vertragsangebot?

Wir haben Ihnen über das Internet ein verbindliches Angebot unterbreitet. Dieses kann von Ihnen nur sofort online angenommen werden.

### 7. Wie kommt Ihr Vertrag zustande? Ab wann sind Sie versichert?

Ihr Vertrag kommt sofort über Internet zustande. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem 01.09.2023. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrags.

### 8. Können Sie Ihren Antrag widerrufen?

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist

von 60 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungs-Schein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- die Widerrufsbelehrung nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG)
- sowie die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 VVG in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung in dieser Kundeninformation und im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

**nexible Versicherung AG**

**Karl-Martell-Str. 60**

**90344 Nürnberg**

**Telefax: 0911 / 322 1626**

**E-Mail: [kundenservice.kranken@nexible-versicherung.de](mailto:kundenservice.kranken@nexible-versicherung.de)**

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen gemäß den gesetzlichen Vorgaben den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Den Teil der Beiträge, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall gemäß den gesetzlichen Vorgaben einbehalten; dabei handelt es sich um den anteiligen, sich aus den Vertragsunterlagen ergebenden Betrag. Über diese gesetzlichen Vorgaben hinaus erstatten wir im Falle des wirksamen Widerrufs stets gezahlte Beiträge nicht nur anteilig, sondern vollständig. Dies gilt nicht, wenn wir bereits länger als drei Monate Versicherungsschutz gewährt oder bereits Leistungen erbracht haben. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Bitte beachten Sie die Widerrufsbelehrung in Ihrem Versicherungs-Schein.

#### **9. Wie lange läuft Ihr Vertrag?**

Der Vertrag ist unbefristet.

Endet der Versicherungsschutz für den zugehörigen Grundtarif, endet gleichzeitig auch der Versicherungsschutz nach Tarif ZAE bzw. ZBE.

#### **10. Können Sie Ihren Vertrag vorzeitig beenden?**

Sie können jeweils zum Monatsende kündigen. Eine Frist ist nicht zu beachten.

Sie können Ihren Vertrag insgesamt oder für einzelne versicherte Personen kündigen. Versicherte Personen sind bei Kündigung ihres Versicherungsverhältnisses durch Sie oder bei Ihrem Tod berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis. Mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses endet der Versicherungsschutz auch für Versicherungsfälle, die zu diesem Zeitpunkt noch andauern (schwebende Versicherungsfälle).

#### **11. Welches Recht und welche Sprache finden Anwendung?**

Für die Vertragsanbahnung, den Abschluss und die Durchführung des Vertrags gilt deutsches Recht. Die Vertragssprache ist deutsch.

# Bedingungen für die Zahnersatz-Versicherung für gesetzlich Krankenversicherte ohne Gesundheitsfragen Vertragsgrundlage Tarif ZAB

## Versicherungsfall und Leistungen

- 1 Welche Leistungen erbringen wir und was ist nicht versichert?
- 2 Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls zu beachten und welche Folgen hat die Verletzung dieser Obliegenheiten?
- 3 An wen und wann erbringen wir die Leistung?
- 4 Wann können Sie einen Tarifwechsel verlangen?

## Versicherungs-Schutz und Versicherungsbeitrag

- 5 Wann beginnt der Versicherungs-Schutz?
- 6 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
- 7 Wann kann der Vertrag gekündigt werden bzw. wann endet der Vertrag?

## Weitere Regelungen

- 8 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf den Vertrag beziehen?
- 9 An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?
- 10 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?
- 11 Können sich Ihre Vertrags-Bedingungen zukünftig ändern?
- 12 Wann verjähren die Ansprüche?

## Versicherungsfall und Leistungen

### 1 Welche Leistungen erbringen wir und was ist nicht versichert?

- 1.1 **Tarif ZAB:** Wir erbringen Leistungen nach diesem Tarif, wenn einer versicherten Person bei bestehendem Versicherungs-Schutz medizinisch notwendige **Zahnersatz-Maßnahmen** für bei Vertragsschluss vorhandene Zähne oder dauerhaften Zahnersatz erstmals angeraten und durchgeführt wurden (Versicherungsfall). Für bei Vertragsschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne besteht damit kein Versicherungs-Schutz. Versicherungsfähig und versichert sind nur Personen, wenn und solange sie bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

Mit diesem Tarif sichern Sie sich

- 75 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Zahnersatz-Maßnahme einschließlich anrechenbarer Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Erstattungen Dritter, wenn hierfür vollständig oder teilweise privat(zahn)ärztliche Vergütungsanteile nach GOZ bzw. GOÄ berechnet werden (höherwertige Versorgung). Mindestens erbringen wir eine Leistung in gleicher Höhe wie den von der gesetzlichen Krankenversicherung erstatteten Betrag, jedoch maximal 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen einschließlich der Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie den Erstattungen Dritter.

- 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Zahnersatz-Maßnahme einschließlich anrechenbarer Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Erstattungen Dritter, wenn hierfür keine privat(zahn)ärztlichen Vergütungsanteile nach GOZ bzw. GOÄ berechnet werden (Regelversorgung).

Die **Aufwendungen für erbrachte Leistungen sind erstattungsfähig**, wenn die Zahnersatz-Maßnahme durch einen niedergelassenen approbierten Zahnarzt bzw. Arzt erfolgt und soweit die Aufwendungen innerhalb des in der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) festgelegten Gebührenrahmens liegen und den dortigen Vorschriften entsprechen.

**Anrechenbare Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung** ist der Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung als Erstattungsbetrag für die Zahnersatz-Maßnahme vorsieht und erbringt.

Erbringt die gesetzliche Krankenversicherung eine für die Zahnersatz-Maßnahme an sich vorgesehene Leistung nicht, z.B. weil die Behandlung durch Zahnärzte bzw. Ärzte ohne kassenärztliche Zulassung oder im Ausland erfolgt oder bei Verzicht auf die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, so werden als Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung pauschal 35 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen angerechnet. Eventuell zu tragende Eigenanteile wie z.B. Verwaltungskostenanteile oder Selbstbehalte mindern die anrechenbare Vorleistung nicht. Allein

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung begründen keinen Anspruch aus diesem Tarif.

**Zahnersatz-Maßnahmen sind**

- Kronen,
  - Brücken,
  - Prothesen,
  - implantatgetragener Zahnersatz und
  - Implantate,
- einschließlich
- notwendig werdender Reparaturen des Zahnersatzes zur Wiederherstellung dessen Funktionsfähigkeit,
  - der Eingliederung von Provisorien,
  - Aufbissbehelfen und Schienen (ausgenommen Knirscherschienen),
  - vorbereitender diagnostischer, therapeutischer, funktionstherapeutischer und funktionsanalytischer Leistungen im unmittelbaren Zusammenhang mit der Zahnersatz-Maßnahme,
  - zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien.

**Keine Zahnersatz-Maßnahmen** sind Zahnerhaltungsleistungen wie Einlagefüllungen (z.B. Inlays), Kunststofffüllungen; Vorsorge- und Prophylaxemaßnahmen wie u. a. Mundhygiene, Fissurenversiegelung, Fluoridbehandlung, Parodontosebehandlung, professionelle Zahnreinigung; kieferorthopädische Leistungen.

Für die Leistungen bestehen **innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre Leistungs-Begrenzungen**. So beträgt die Gesamtleistung je versicherter Person:

- im ersten Versicherungsjahr höchstens 250,00 Euro;
- in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens 500,00 Euro;
- in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen höchstens 750,00 Euro;
- in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen höchstens 1.000,00 Euro.

Mit Ablauf des vierten Versicherungsjahres bestehen somit diese summenmäßigen Begrenzungen nicht mehr.

Tritt der Versicherungsfall als Folge eines Unfalls ein, so entfallen hierfür die summenmäßigen Begrenzungen der ersten vier Versicherungsjahre. Werden in einem solchen Fall Leistungen erbracht, werden diese nicht auf die summenmäßigen Begrenzungen angerechnet.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet, die eine Zahnersatz-Maßnahme medizinisch notwendig macht.

Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungs-Schein genannten Beginn des Tarifs ZAB. Die Leistungen werden dabei dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die

Behandlung durchgeführt wurde.

**1.2 Keine Leistungen erhalten Sie für**

- Zahnersatz-Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart sind, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen. In diesem Fall wird unsere Leistung auf den angemessenen Betrag herabgesetzt.
- Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden erstattet.

**1.3 Der Versicherungs-Schutz gilt weltweit. Leistungen für Heilbehandlungen im Ausland sind nur insoweit erstattungsfähige Aufwendungen, als die in Rechnung gestellten Beträge entsprechend der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden können und im Rahmen des dort festgesetzten Gebührenrahmens liegen. Die in ausländischer Währung tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns 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 Bankbeleg nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

**2 Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls zu beachten und welche Folgen hat die Verletzung dieser Obliegenheiten?**

Ohne die Mitwirkung des Anspruchstellers können wir das Vorliegen der Leistungs-Voraussetzungen nicht feststellen. Damit wir den Leistungsfall prüfen können, bestehen folgende Obliegenheiten:

- 2.1** Werden Leistungen aus dem Tarif geltend gemacht, sind in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehene Leistungen sowie Erstattungsansprüche gegen Dritte in Anspruch zu nehmen und sämtliche Belege (z. B. Zahnarztrechnung, Material- und Laborkostenrechnung etc.) im Original mit Erstattungsvermerk der gesetzlichen Krankenversicherung einzureichen. Diese müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person tragen. Die Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen müssen spezifiziert sein. Nachweise von Kosten für zahntechnische Leistungen sind ebenfalls einzureichen. Die vorgelegten Nachweise werden unser Eigentum.
- 2.2** Sie und die versicherte Person haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls, unserer Leistungspflicht oder des Leistungsumfangs erforderlich ist. Auf unser Verlangen hat die versicherte Person die behandelnden Zahnärzte bzw. Ärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und

sich durch einen von uns beauftragten Zahnarzt bzw. Arzt untersuchen zu lassen.

- 2.3 Haben Sie oder eine versicherte Person Schadensersatz-Ansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unabhängig eines gesetzlichen Forderungsübergangs, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe der von uns erbrachten Leistung an uns abzutreten. Ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht darf ohne unsere Zustimmung nicht aufgegeben werden. Richtet sich Ihr Ersatzanspruch gegen eine Person, mit der Sie bei Eintritt des Versicherungsfalls in häuslicher Gemeinschaft leben, können wir den Übergang des Ersatzanspruchs nicht geltend machen, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.
- 2.4 Die versicherte Person hat nach Möglichkeit alles für ihre Genesung zu tun und Handlungen zu unterlassen, die dieser hinderlich sind.
- 2.5 Die Kosten, die Ihnen durch die Ermittlung und Feststellung der von uns zu erbringenden Leistungen entstehen, erstatten wir Ihnen insoweit, als Ihre Aufwendungen den Umständen nach geboten waren. Diese Kosten erstatten wir Ihnen unabhängig von den Leistungs-Begrenzungen. Kosten für die Zuziehung eines Sachverständigen oder eines Beistands erstatten wir Ihnen nur dann, wenn wir Sie hierzu aufgefordert haben.
- 2.6 Wird eine dieser bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls bestehenden Obliegenheiten verletzt, können sich erhebliche rechtliche Nachteile ergeben. Dabei gilt:  
Wird eine der genannten Obliegenheiten, die bei oder nach dem Eintritt eines Versicherungsfalls zu erfüllen ist, vorsätzlich verletzt, geht der Leistungs-Anspruch verloren. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Kürzung kann bis zur vollständigen Leistungsfreiheit führen. Wird uns nachgewiesen, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Leistungs-Anspruch bestehen.  
Der Leistungs-Anspruch bleibt auch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls, noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war oder wir Sie nicht durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.  
Bei arglistiger Verletzung einer Obliegenheit geht der Leistungs-Anspruch auch dann verloren, wenn die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls, noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person werden Ihnen zugerechnet.

### **3 An wen und wann erbringen wir die Leistung?**

- 3.1 Leistungen können nur Sie als Versicherungsnehmer verlangen, es sei denn, Sie haben uns gegenüber in

Textform die versicherte Person als Empfangsberechtigten benannt. Haben Sie uns gegenüber die versicherte Person als Empfangsberechtigten benannt, kann ausschließlich die versicherte Person die Leistung verlangen. Die Benennung kann widerruflich oder unwiderruflich erfolgen. Eine Abtretung oder Verpfändung von Leistungs-Ansprüchen ist nur und erst mit unserer ausdrücklichen Zustimmung wirksam. Dies gilt hinsichtlich der Abtretung nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

- 3.2 Die Leistungen überweisen wir kostenfrei auf ein uns zu nennendes Konto. Bei Überweisungen in das Ausland trägt der Zahlungsempfänger das hiermit verbundene Risiko sowie die anfallenden Kosten.
- 3.3 Die Leistungen sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen. Sind diese nicht bis zum Ablauf eines Monats seit Anzeige des Versicherungsfalls beendet, können Abschlagszahlungen bis zur Höhe der voraussichtlichen Mindestleistung verlangt werden. Bei Berechnung dieser Frist zählt der Zeitraum nicht mit, in dem die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Anspruchstellers nicht beendet werden können.  
Nach Vorlage aller zur Prüfung der Leistungs-Ansprüche notwendigen Unterlagen erklären wir innerhalb von 10 Tagen, ob und in welchem Umfang wir eine Leistung anerkennen.

### **4 Wann können Sie einen Tarifwechsel verlangen?**

Sie können einen Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungs-Schutz unter Anrechnung der aus diesem Vertrag erworbenen Rechte verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach dem neuen Tarif erfüllt. Wir sind zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Soweit die Leistungen in dem neuen Tarif, in den die versicherte Person wechseln möchte, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, können wir für die Mehrleistung einen Leistungs-Ausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Die Vereinbarung eines Risikozuschlags können Sie dadurch abwenden, dass Sie hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungs-Ausschluss vereinbaren.

## **Versicherungs-Schutz und Versicherungsbeitrag**

### **5 Wann beginnt der Versicherungs-Schutz?**

Der Versicherungs-Schutz besteht, sobald der Vertrag zustande gekommen ist, frühestens jedoch zu dem im Versicherungs-Schein angegebenen Beginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung.

### **6 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?**

- 6.1 Die vereinbarten Beiträge sind ab Vertrags-Beginn zu bezahlen. Der erste Beitrag (**Einlösungsbeitrag**) wird sofort mit Zustandekommen des Vertrags fällig,

jedoch nicht vor dem im Versicherungs-Schein angegebenen Beginn. Alle weiteren Beiträge (**Folgebeiträge**) sind jeweils zu Beginn der vereinbarten Zahlungsperiode zu entrichten.

- 6.2 Wurden wir zum Beitragseinzug (Lastschriftverfahren) ermächtigt, sind Sie erst und nur dann zur Übermittlung ausstehender und zukünftiger Beiträge verpflichtet, wenn wir Sie in Textform dazu aufgefordert haben. Wir sind dann nicht mehr zum Beitragseinzug verpflichtet. Erfolgt die Beitragszahlung im Lastschriftverfahren, müssen Sie sicherstellen, dass der Beitrag am Fälligkeitstag eingezogen werden kann und einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen wird. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden wiederholt von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform erteilten Zahlungsaufforderung erfolgt.
- 6.3 Wurde uns kein SEPA-Lastschriftmandat erteilt, genügt es für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Die Übermittlung der Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.
- 6.4 Konnte der **Einlösungsbeitrag** von uns nicht rechtzeitig eingezogen werden oder wurde dieser von Ihnen nicht rechtzeitig gezahlt, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, besteht kein Anspruch auf die Leistung. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Wurden wir ermächtigt, die Beiträge von einem Konto einzuziehen, besteht auch bei Nichtzahlung des Erstbeitrags Versicherungs-Schutz, es sei denn, die Bank hätte den Einzug des Beitrags zum Fälligkeitstag mangels Kontodeckung nicht durchgeführt.
- 6.5 Konnte ein **Folgebeitrag** von uns nicht rechtzeitig eingezogen werden oder wurde dieser von Ihnen nicht rechtzeitig gezahlt, erhalten Sie von uns eine Mahnung in Textform, in der wir Ihnen eine Frist von mindestens zwei Monaten setzen. Begleichen Sie den Rückstand nicht fristgerecht, können wir den Vertrag kündigen. Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und waren Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Beitragszahlung in Verzug, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie im Mahnschreiben umfassend hinweisen. Die Kündigung des Vertrags kann für den Fall der Nichtzahlung der Beiträge bereits im Mahnschreiben erklärt werden.
- 6.6 Nur soweit ein Anspruch von Ihnen gegen uns anerkannt oder rechtskräftig festgestellt ist, können Sie mit diesem gegen unsere Beitragsforderungen aufrechnen.
- 6.7 Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie Ihrem jeweils gültigen Versicherungs-Schein. Er richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person bei

Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Das Eintrittsalter ist die Anzahl der bei Vertrags-Beginn vollendeten Lebensjahre.

Für Personen, die das 16., 21., 31., 41., 51., 61., 71., 81., bzw. 91. Lebensjahr vollenden, ist vom Beginn des folgenden Monats an der ihrem Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

- 6.8 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung des tatsächlichen Schadensbedarfs gegenüber der technischen Berechnungsgrundlage und der sich daraus errechneten Beiträge sind wir berechtigt, die Beiträge entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungs-Verhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen überprüft und der Beitragsanpassung zugestimmt hat. Wir vergleichen dazu zumindest jährlich für den Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungs-Leistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für den Tarif eine Abweichung von mehr als 10 Prozent, werden die Beiträge des Tarifs von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, so können die Beiträge von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Die Neufestsetzung des Beitrags wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe folgt.
- 7 **Wann kann der Vertrag gekündigt werden bzw. wann endet der Vertrag?**
  - 7.1 Das Versicherungs-Verhältnis endet durch Kündigung. Diese wird nur und erst dann wirksam, wenn uns Ihre Erklärung in Textform zugeht. Kündigen Sie das Versicherungs-Verhältnis einer mitversicherten Person, wird die Kündigung nur und erst dann wirksam, wenn die versicherte Person Kenntnis von der Kündigungserklärung erlangt hat.
    - Sie können den Versicherungs-Schutz insgesamt oder nur für einzelne versicherte Personen ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen.
    - Erreicht eine versicherte Person ein bestimmtes Lebensalter mit der Folge, dass ein höherer Beitrag einer anderen Altersgruppe zu zahlen ist, können Sie das Versicherungs-Verhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten rückwirkend zum Zeitpunkt der Beitragsänderung kündigen.
  - 7.2 Ihr Vertrag endet spätestens **mit Ihrem Ableben**.
  - 7.3 Versicherte Personen sind bei Kündigung ihres Versicherungs-Verhältnisses durch Sie oder bei Ihrem Tod berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungs-Verhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären. Diese Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten ab dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person Kenntnis von ihrem Recht erlangt, abzugeben. Der Beitrag ist ab Fortsetzung des Vertrags zu leisten.

- 7.4 Auf unser ordentliches Kündigungsrecht verzichten wir. Das Versicherungs-Verhältnis können wir damit nur außerordentlich kündigen (z. B. bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung). Beschränken wir unsere Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife, können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Zugang unserer Kündigung die Aufhebung des gesamten Vertrags zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird. Wird der Vertrag wegen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung von uns wirksam gekündigt, kann die versicherte Person die Fortsetzung des Versicherungs-Verhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers erklären; der Beitrag ist ab Fortsetzung des Versicherungs-Verhältnisses zu leisten. Wir informieren die versicherte Person in Textform über die Kündigung des Vertrags und dem Recht zur Fortsetzung ihres Versicherungs-Verhältnisses. Dieses Recht der versicherten Person endet zwei Monate, nachdem sie davon Kenntnis erlangt hat.
- 7.5 Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungs-Verhältnis.
- 7.6 Das Versicherungs-Verhältnis endet für die versicherte Person zum Ende des Monats in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt. Sie sind verpflichtet, uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.
- 7.7 Mit Beendigung des Versicherungs-Verhältnisses endet der Versicherungs-Schutz auch für Versicherungsfälle, die zu diesem Zeitpunkt noch andauern (schwebende Versicherungsfälle).

#### Weitere Regelungen

#### 8 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf den Vertrag beziehen?

- 8.1 Ihre den Vertrag betreffenden Mitteilungen können mündlich erfolgen. Es sei denn etwas anderes
- wird ausdrücklich vereinbart (z.B. Textform),
  - ist gesetzlich vorgeschrieben.
- Die Vertragssprache ist deutsch.
- 8.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift oder eine Namensänderung nicht mitgeteilt, genügt für eine Ihnen gegenüber abzugebende Erklärung die Absendung eines eingeschriebenen Briefs an die letzte uns von Ihnen bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefs als zugegangen.

#### 9 An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?

Für Verbraucher, die Verträge auf elektronischem Weg (z.B. über eine Website oder per E-Mail) geschlossen haben, gibt es bei Beschwerden eine EU-Plattform zur Online-Streitbeilegung. Der Link lautet: [ec.europa.eu/consumers/odr](https://ec.europa.eu/consumers/odr). Wir nehmen jedoch nicht an einem Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teil. Es steht Ihnen der Weg zu den ordentlichen Gerichten frei. Wir unterstehen der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich

Versicherungen – Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Bei Schwierigkeiten aus dem Vertrag bzw. aus der Vermittlung oder Anbahnung Ihres Vertrags können Sie sich auch dort beschweren.

#### 10 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

- 10.1 Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz, soweit nichts abweichend vereinbart ist.
- 10.2 Sind Sie der Meinung, dass wir Ihre Leistungen zu Unrecht abgelehnt haben, können Sie unsere Entscheidung bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht überprüfen lassen. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder eines Vertragsstaats des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, können Sie sich ausschließlich an das für unseren Geschäftssitz zuständige Gericht in Deutschland wenden.

#### 11 Können sich Ihre Vertrags-Bedingungen zukünftig ändern?

- 11.1 Sollten einzelne Bestimmungen in den Versicherungs-Bedingungen unwirksam sein, wird dadurch die Geltung der übrigen Regelungen in Versicherungs-Bedingungen und vertraglichen Vereinbarungen nicht berührt.
- 11.2 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Bedingungen 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 Mitteilung der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- 11.3 Wurde durch eine höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen Verwaltungsakt der Aufsichtsbehörde eine Vertragsbestimmung für unwirksam erklärt, können wir eine neue Regelung festlegen. Voraussetzung hierfür ist, dass dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn ohne neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte entsteht. Hierbei sind die Interessen der jeweils anderen Vertragspartei zu berücksichtigen. 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.

## **12 Wann verjähren die Ansprüche?**

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren regelmäßig in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Berechtigte Kenntnis von den Umständen, die den Anspruch begründen und über uns als Versicherer erlangt. Die Frist beginnt auch dann zu laufen, wenn der Berechtigte die Unkenntnis grob fahrlässig zu vertreten hat. Die Ansprüche verjähren unabhängig von der Kenntnis des Berechtigten spätestens nach zehn Jahren. Haben Sie einen Anspruch bei uns angemeldet, zählt bei der Fristberechnung der Zeitraum zwischen Anmeldung und Zugang unserer in Textform mitgeteilten Entscheidung bei Ihnen nicht mit, soweit dieser Zeitraum nach Beginn der Verjährung liegt.



## Übersicht der monatlichen Beiträge in den jeweiligen Altersgruppen

Wir haben den folgenden Tarif nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Tarife nach Art der Schadenversicherung sind reine Risikotarife. Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Wir berechnen den Beitrag in diesen Tarifen nach Altersgruppen. Bei Erreichen einer neuen Altersgruppe haben Sie den jeweiligen Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel eine Beitragssteigerung zur Folge. Die Beiträge können sich auch durch eventuell erforderliche Beitragsanpassungen ändern.

| Alter der versicherten Person | Tarif ZAB (Stand: 01.10.2017) |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 0 – 15                        | 1,90 €                        |
| 16 – 20                       | 1,90 €                        |
| 21 – 30                       | 6,30 €                        |
| 31 – 40                       | 12,80 €                       |
| 41 – 50                       | 19,50 €                       |
| 51 – 60                       | 26,90 €                       |
| 61 – 70                       | 26,90 €                       |
| 71 – 80                       | 26,90 €                       |
| 81 – 90                       | 26,90 €                       |
| ab 91                         | 26,90 €                       |

# Bedingungen für die Zahnersatz-Versicherung für gesetzlich Krankenversicherte ohne Gesundheitsfragen Vertragsgrundlage Tarif ZAE

## Versicherungsfall und Leistungen

- 1 Welche Leistungen erbringen wir und was ist nicht versichert?
- 2 Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls zu beachten und welche Folgen hat die Verletzung dieser Obliegenheiten?
- 3 An wen und wann erbringen wir die Leistung?
- 4 Wann können Sie einen Tarifwechsel verlangen?

## Versicherungs-Schutz und Versicherungsbeitrag

- 5 Wann beginnt der Versicherungs-Schutz?
- 6 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
- 7 Wann kann der Vertrag gekündigt werden bzw. wann endet der Vertrag?

## Weitere Regelungen

- 8 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf den Vertrag beziehen?
- 9 An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?
- 10 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?
- 11 Können sich Ihre Vertrags-Bedingungen zukünftig ändern?
- 12 Wann verjähren die Ansprüche?

## Versicherungsfall und Leistungen

### 1 Welche Leistungen erbringen wir und was ist nicht versichert?

- 1.1 **Tarif ZAE:** Wir erbringen Leistungen nach diesem Tarif, wenn einer versicherten Person bei bestehendem Versicherungs-Schutz medizinisch notwendige **Zahnersatz-Maßnahmen** für bei Vertragsschluss vorhandene Zähne oder dauerhaften Zahnersatz erstmals angeraten und durchgeführt wurden (Versicherungsfall). Für bei Vertragsschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne besteht damit kein Versicherungs-Schutz. Versicherungsfähig und versichert sind nur Personen, wenn und solange sie bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und solange Versicherungs-Schutz nach dem zugehörigen Grundtarif ZAB besteht. Mit diesem Tarif erhöhen Sie Ihren Versicherungsschutz für höherwertige Zahnersatz-Maßnahmen gegenüber dem Grundtarif ZAB von 75 Prozent auf:

- 90 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Zahnersatz-Maßnahme einschließlich den Leistungen aus dem zugehörigen Grundtarif, anrechenbarer Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Erstattungen Dritter, sofern Ihre Gesamtabdeckung nach dem Grundtarif insgesamt nicht zu einer höheren Leistung führt.

Die **Aufwendungen für erbrachte Leistungen sind erstattungsfähig, wenn** die Zahnersatz-Maßnahme durch einen niedergelassenen approbierten Zahnarzt bzw. Arzt erfolgt und soweit die Aufwendungen innerhalb des in der jeweils gültigen

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) festgelegten Gebührenrahmens liegen und den dortigen Vorschriften entsprechen.

### Anrechenbare Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung

ist der Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung als Erstattungsbetrag für die Zahnersatz-Maßnahme vorsieht und erbringt. Erbringt die gesetzliche Krankenversicherung eine für die Zahnersatz-Maßnahme an sich vorgesehene Leistung nicht, z.B. weil die Behandlung durch Zahnärzte bzw. Ärzte ohne kassenärztliche Zulassung oder im Ausland erfolgt oder bei Verzicht auf die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, so werden als Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung pauschal 35 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen angerechnet. Eventuell zu tragende Eigenanteile wie z.B. Verwaltungskostenanteile oder Selbstbehalte mindern die anrechenbare Vorleistung nicht. Allein Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung begründen keinen Anspruch aus diesem Tarif.

### Zahnersatz-Maßnahmen sind

- Kronen,
- Brücken,
- Prothesen,
- implantatgetragener Zahnersatz und
- Implantate,

einschließlich

- notwendig werdender Reparaturen des Zahnersatzes zur Wiederherstellung dessen Funktionsfähigkeit,

- der Eingliederung von Provisorien,
- Aufbissbehelfen und Schienen (ausgenommen Knirscherschienen),
- vorbereitender diagnostischer, therapeutischer, funktionstherapeutischer und funktionsanalytischer Leistungen im unmittelbaren Zusammenhang mit der Zahnersatz-Maßnahme,
- zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien.

**Keine Zahnersatz-Maßnahmen** sind Zahnerhalt-Leistungen wie Einlagefüllungen (z.B. Inlays), Kunststofffüllungen; Vorsorge- und Prophylaxe-Maßnahmen wie u. a. Mundhygiene, Fissurenversiegelung, Fluoridbehandlung, Parodontosebehandlung, professionelle Zahnreinigung; kieferorthopädische Leistungen. Für die Leistungen bestehen **innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre Leistungs-Begrenzungen**. So beträgt die Gesamtleistung je versicherter Person:

- im ersten Versicherungsjahr höchstens 250,00 Euro;
- in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens 500,00 Euro;
- in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen höchstens 750,00 Euro;
- in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen höchstens 1.000,00 Euro.

Mit Ablauf des vierten Versicherungsjahres bestehen somit diese summenmäßigen Begrenzungen nicht mehr.

Tritt der Versicherungsfall als Folge eines Unfalls ein, so entfallen hierfür die summenmäßigen Begrenzungen der ersten vier Versicherungsjahre. Werden in einem solchen Fall Leistungen erbracht, werden diese nicht auf die summenmäßigen Begrenzungen angerechnet.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet, die eine Zahnersatz-Maßnahme medizinisch notwendig macht.

Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungs-Schein genannten Beginn des Tarifs ZAE. Das erste Versicherungsjahr endet mit dem Versicherungsjahr des zugehörigen Grundtarifs. Die Leistungen werden dabei dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung durchgeführt wurde.

## 1.2 Keine Leistungen erhalten Sie für

- Zahnersatz-Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart sind, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen. In diesem Fall wird unsere Leistung auf den angemessenen Betrag herabgesetzt.
- Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden erstattet.

## 1.3 Der Versicherungs-Schutz gilt weltweit. Leistungen für Heilbehandlungen im Ausland sind nur insoweit erstattungsfähige Aufwendungen, als die in Rechnung gestellten Beträge entsprechend der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

berechnet werden können und im Rahmen des dort festgesetzten Gebührenrahmens liegen. Die in ausländischer Währung tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns 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 Bankbeleg nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

## 2 Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls zu beachten und welche Folgen hat die Verletzung dieser Obliegenheiten?

Ohne die Mitwirkung des Anspruchstellers können wir das Vorliegen der Leistungs-Voraussetzungen nicht feststellen. Damit wir den Leistungsfall prüfen können, bestehen folgende Obliegenheiten:

- 2.1 Werden Leistungen aus dem Tarif geltend gemacht, sind in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehene Leistungen sowie Erstattungsansprüche gegen Dritte in Anspruch zu nehmen und sämtliche Belege (z. B. Zahnarztrechnung, Material- und Laborkostenrechnung etc.) im Original mit Erstattungsvermerk der gesetzlichen Krankenversicherung einzureichen. Diese müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person tragen. Die Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen müssen spezifiziert sein. Nachweise von Kosten für zahntechnische Leistungen sind ebenfalls einzureichen. Die vorgelegten Nachweise werden unser Eigentum.
- 2.2 Sie und die versicherte Person haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls, unserer Leistungspflicht oder des Leistungsumfangs erforderlich ist. Auf unser Verlangen hat die versicherte Person die behandelnden Zahnärzte bzw. Ärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und sich durch einen von uns beauftragten Zahnarzt bzw. Arzt untersuchen zu lassen.
- 2.3 Haben Sie oder eine versicherte Person Schadenersatz-Ansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unabhängig eines gesetzlichen Forderungsübergangs, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe der von uns erbrachten Leistung an uns abzutreten. Ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht darf ohne unsere Zustimmung nicht aufgegeben werden. Richtet sich Ihr Ersatzanspruch gegen eine Person, mit der Sie bei Eintritt des Versicherungsfalls in häuslicher Gemeinschaft leben, können wir den Übergang des Ersatzanspruchs nicht geltend machen, es sei denn diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.
- 2.4 Die versicherte Person hat nach Möglichkeit alles für ihre Genesung zu tun und Handlungen zu unterlassen, die dieser hinderlich sind.

2.5 Die Kosten, die Ihnen durch die Ermittlung und Feststellung der von uns zu erbringenden Leistungen entstehen, erstatten wir Ihnen insoweit als Ihre Aufwendungen den Umständen nach geboten waren. Diese Kosten erstatten wir Ihnen unabhängig von den Leistungs-Begrenzungen. Kosten für die Zuziehung eines Sachverständigen oder eines Beistands erstatten wir Ihnen nur dann, wenn wir Sie hierzu aufgefordert haben.

2.6 Wird eine dieser bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls bestehenden Obliegenheiten verletzt, können sich erhebliche rechtliche Nachteile ergeben. Dabei gilt:  
Wird eine der genannten Obliegenheiten, die bei oder nach dem Eintritt eines Versicherungsfalls zu erfüllen ist, vorsätzlich verletzt, geht der Leistungs-Anspruch verloren. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Kürzung kann bis zur vollständigen Leistungsfreiheit führen. Wird uns nachgewiesen, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Leistungs-Anspruch bestehen. Der Leistungs-Anspruch bleibt auch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war oder wir Sie nicht durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben. Bei arglistiger Verletzung einer Obliegenheit geht der Leistungs-Anspruch auch dann verloren, wenn die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls, noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person werden Ihnen zugerechnet.

### 3 An wen und wann erbringen wir die Leistung?

- 3.1 Leistungen können nur Sie als Versicherungsnehmer verlangen, es sei denn, Sie haben uns gegenüber in Textform die versicherte Person als Empfangsberechtigten benannt. Haben Sie uns gegenüber die versicherte Person als Empfangsberechtigten benannt, kann ausschließlich die versicherte Person die Leistung verlangen. Die Benennung kann widerruflich oder unwiderruflich erfolgen. Eine Abtretung oder Verpfändung von Leistungs-Ansprüchen ist nur und erst mit unserer ausdrücklichen Zustimmung wirksam. Dies gilt hinsichtlich der Abtretung nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.
- 3.2 Die Leistungen überweisen wir kostenfrei auf ein uns zu nennendes Konto. Bei Überweisungen in das Ausland trägt der Zahlungsempfänger das hiermit verbundene Risiko sowie die anfallenden Kosten.
- 3.3 Die Leistungen sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen. Sind diese nicht bis zum Ablauf eines Monats seit Anzeige des Versicherungsfalls beendet, können Abschlagszahlungen bis zur Höhe der

voraussichtlichen Mindestleistung verlangt werden. Bei Berechnung dieser Frist zählt der Zeitraum nicht mit, in dem die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Anspruchstellers nicht beendet werden können.

Nach Vorlage aller zur Prüfung der Leistungs-Ansprüche notwendigen Unterlagen erklären wir innerhalb von 10 Tagen, ob und in welchem Umfang wir eine Leistung anerkennen.

### 4 Wann können Sie einen Tarifwechsel verlangen?

Sie können einen Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungs-Schutz unter Anrechnung der aus diesem Vertrag erworbenen Rechte verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach dem neuen Tarif erfüllt. Wir sind zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Soweit die Leistungen in dem neuen Tarif, in den die versicherte Person wechseln möchte, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, können wir für die Mehrleistung einen Leistungs-Ausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Die Vereinbarung eines Risikozuschlags können Sie dadurch abwenden, dass Sie hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungs-Ausschluss vereinbaren.

## Versicherungs-Schutz und Versicherungsbeitrag

### 5 Wann beginnt der Versicherungs-Schutz?

Der Versicherungs-Schutz besteht, sobald der Vertrag zustande gekommen ist, frühestens jedoch zu dem im Versicherungs-Schein angegebenen Beginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung.

### 6 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

- 6.1 Die vereinbarten Beiträge sind ab Vertrags-Beginn zu bezahlen. Der erste Beitrag (**Einlösungsbeitrag**) wird sofort mit Zustandekommen des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungs-Schein angegebenen Beginn. Alle weiteren Beiträge (**Folgebeiträge**) sind jeweils zu Beginn der vereinbarten Zahlungsperiode zu entrichten.
- 6.2 Wurden wir zum Beitragseinzug (Lastschriftverfahren) ermächtigt, sind Sie erst und nur dann zur Übermittlung ausstehender und zukünftiger Beiträge verpflichtet, wenn wir Sie in Textform dazu aufgefordert haben. Wir sind dann nicht mehr zum Beitragseinzug verpflichtet. Erfolgt die Beitragszahlung im Lastschriftverfahren, müssen Sie sicherstellen, dass der Beitrag am Fälligkeitstag eingezogen werden kann und einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen wird. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden wiederholt von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform erteilten Zahlungsaufforderung erfolgt.
- 6.3 Wurde uns kein SEPA-Lastschriftmandat erteilt, genügt es für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der

Beitrag bei uns eingeht. Die Übermittlung der Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

- 6.4 Konnte der **Einlösungsbeitrag** von uns nicht rechtzeitig eingezogen werden oder wurde dieser von Ihnen nicht rechtzeitig gezahlt, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, besteht kein Anspruch auf die Leistung. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Wurden wir ermächtigt, die Beiträge von einem Konto einzuziehen, besteht auch bei Nichtzahlung des Erstbeitrags Versicherungs-Schutz, es sei denn, die Bank hätte den Einzug des Beitrags zum Fälligkeitstag mangels Kontodeckung nicht durchgeführt.
- 6.5 Konnte ein **Folgebeitrag** von uns nicht rechtzeitig eingezogen werden oder wurde dieser von Ihnen nicht rechtzeitig gezahlt, erhalten Sie von uns eine Mahnung in Textform, in der wir Ihnen eine Frist von mindestens zwei Monaten setzen. Begleichen Sie den Rückstand nicht fristgerecht, können wir den Vertrag kündigen. Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und waren Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Beitragszahlung in Verzug, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie im Mahnschreiben umfassend hinweisen. Die Kündigung des Vertrags kann für den Fall der Nichtzahlung der Beiträge bereits im Mahnschreiben erklärt werden.
- 6.6 Nur soweit ein Anspruch von Ihnen gegen uns anerkannt oder rechtskräftig festgestellt ist, können Sie mit diesem gegen unsere Beitragsforderungen aufrechnen.
- 6.7 Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie Ihrem jeweils gültigen Versicherungs-Schein. Er richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Das Eintrittsalter ist die Anzahl der bei Vertrags-Beginn vollendeten Lebensjahre. Für Personen, die das 16., 21., 31., 41., 51., 61., 71., 81., bzw. 91. Lebensjahr vollenden, ist vom Beginn des folgenden Monats an der ihrem Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.
- 6.8 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung des tatsächlichen Schadensbedarfs gegenüber der technischen Berechnungsgrundlage und der sich daraus errechneten Beiträge sind wir berechtigt, die Beiträge entsprechend den berechtigten Berechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungs-Verhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen überprüft und der Beitragsanpassung zugestimmt hat. Wir vergleichen dazu zumindest jährlich für den Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungs-Leistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für den Tarif eine Abweichung von mehr als 10 Prozent, werden die Beiträge des Tarifs von uns überprüft und,

soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, so können die Beiträge von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Die Neufestsetzung des Beitrags wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe folgt.

## 7 Wann kann der Vertrag gekündigt werden bzw. wann endet der Vertrag?

- 7.1 Das Versicherungs-Verhältnis endet durch Kündigung. Diese wird nur und erst dann wirksam, wenn uns Ihre Erklärung in Textform zugeht. Kündigen Sie das Versicherungs-Verhältnis einer mitversicherten Person, wird die Kündigung nur und erst dann wirksam, wenn die versicherte Person Kenntnis von der Kündigungserklärung erlangt hat.
- Sie können den Versicherungs-Schutz insgesamt oder nur für einzelne versicherte Personen ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen.
  - Erreicht eine versicherte Person ein bestimmtes Lebensalter mit der Folge, dass ein höherer Beitrag einer anderen Altersgruppe zu zahlen ist, können Sie das Versicherungs-Verhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten rückwirkend zum Zeitpunkt der Beitragsänderung kündigen.
- 7.2 Ihr Vertrag endet spätestens mit Ihrem Ableben.
- 7.3 Versicherte Personen sind bei Kündigung ihres Versicherungs-Verhältnisses durch Sie oder bei Ihrem Tod berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungs-Verhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären. Diese Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten ab dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person Kenntnis von ihrem Recht erlangt, abzugeben. Der Beitrag ist ab Fortsetzung des Vertrags zu leisten.
- 7.4 Auf unser ordentliches Kündigungsrecht verzichten wir. Das Versicherungs-Verhältnis können wir damit nur außerordentlich kündigen (z. B. bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung). Beschränken wir unsere Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife, können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Zugang unserer Kündigung die Aufhebung des gesamten Vertrags zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird. Wird der Vertrag wegen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung von uns wirksam gekündigt, kann die versicherte Person die Fortsetzung des Versicherungs-Verhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers erklären; der Beitrag ist ab Fortsetzung des Versicherungs-Verhältnisses zu leisten. Wir informieren die versicherte Person in Textform über die Kündigung des Vertrags und dem Recht zur Fortsetzung ihres Versicherungs-Verhältnisses. Dieses Recht der versicherten Person endet zwei Monate, nachdem sie davon Kenntnis erlangt hat.
- 7.5 Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungs-Verhältnis.

- 7.6 Das Versicherungs-Verhältnis endet für die versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt. Sie sind verpflichtet, uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.
- 7.7 Mit Beendigung des Versicherungs-Verhältnisses endet der Versicherungs-Schutz auch für Versicherungsfälle, die zu diesem Zeitpunkt noch andauern (schwebende Versicherungsfälle).

## Weitere Regelungen

### 8 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf den Vertrag beziehen?

- 8.1 Ihre den Vertrag betreffenden Mitteilungen können mündlich erfolgen. Es sei denn etwas anderes
- wird ausdrücklich vereinbart (z.B. Textform),
  - ist gesetzlich vorgeschrieben.
- Die Vertragssprache ist deutsch.

- 8.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift oder eine Namensänderung nicht mitgeteilt, genügt für eine Ihnen gegenüber abzugebende Erklärung die Absendung eines eingeschriebenen Briefs an die letzte uns von Ihnen bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefs als zugegangen.

### 9 An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?

Für Verbraucher, die Verträge auf elektronischem Weg (z.B. über eine Website oder per E-Mail) geschlossen haben, gibt es bei Beschwerden eine EU-Plattform zur Online-Streitbeilegung. Der Link lautet: [ec.europa.eu/consumers/odr](https://ec.europa.eu/consumers/odr).

Wir nehmen jedoch nicht an einem Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teil.

Es steht Ihnen der Weg zu den ordentlichen Gerichten frei.

Wir unterstehen der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich Versicherungen – Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Bei Schwierigkeiten aus dem Vertrag bzw. aus der Vermittlung oder Anbahnung Ihres Vertrags können Sie sich auch dort beschweren.

### 10 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

- 10.1 Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz, soweit nichts abweichend vereinbart ist.
- 10.2 Sind Sie der Meinung, dass wir Ihre Leistungen zu Unrecht abgelehnt haben, können Sie unsere Entscheidung bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht überprüfen lassen. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder eines Vertragsstaats des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, können Sie sich ausschließlich an das für unseren Geschäftssitz zuständige Gericht in

Deutschland wenden.

### 11 Können sich Ihre Vertrags-Bedingungen zukünftig ändern?

- 11.1 Sollten einzelne Bestimmungen in den Versicherungs-Bedingungen unwirksam sein, wird dadurch die Geltung der übrigen Regelungen in Versicherungs-Bedingungen und vertraglichen Vereinbarungen nicht berührt.
- 11.2 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Bedingungen 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 Mitteilung der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- 11.3 Wurde durch eine höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen Verwaltungsakt der Aufsichtsbehörde eine Vertragsbestimmung für unwirksam erklärt, können wir eine neue Regelung festlegen. Voraussetzung hierfür ist, dass dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn ohne neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte entsteht. Hierbei sind die Interessen der jeweils anderen Vertragspartei zu berücksichtigen. 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.

### 12 Wann verjähren die Ansprüche?

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren regelmäßig in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Berechtigte Kenntnis von den Umständen, die den Anspruch begründen und über uns als Versicherer erlangt. Die Frist beginnt auch dann zu laufen, wenn der Berechtigte die Unkenntnis grob fahrlässig zu vertreten hat. Die Ansprüche verjähren unabhängig von der Kenntnis des Berechtigten spätestens nach zehn Jahren. Haben Sie einen Anspruch bei uns angemeldet, zählt bei der Fristberechnung der Zeitraum zwischen Anmeldung und Zugang unserer in Textform mitgeteilten Entscheidung bei Ihnen nicht mit, soweit dieser Zeitraum nach Beginn der Verjährung liegt.

## Übersicht der monatlichen Beiträge in den jeweiligen Altersgruppen

Wir haben den folgenden Tarif nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Tarife nach Art der Schadenversicherung sind reine Risikotarife. Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Wir berechnen den Beitrag in diesen Tarifen nach Altersgruppen. Bei Erreichen einer neuen Altersgruppe haben Sie den jeweiligen Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel eine Beitragssteigerung zur Folge. Die Beiträge können sich auch durch eventuell erforderliche Beitragsanpassungen ändern.

| Alter der versicherten Person | Tarif ZAE (Stand: 01.07.2012) |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 0 – 15                        | 1,10 €                        |
| 16 – 20                       | 1,10 €                        |
| 21 – 30                       | 2,10 €                        |
| 31 – 40                       | 5,10 €                        |
| 41 – 50                       | 6,10 €                        |
| 51 – 60                       | 8,10 €                        |
| 61 – 70                       | 8,10 €                        |
| 71 – 80                       | 8,10 €                        |
| 81 – 90                       | 8,10 €                        |
| ab 91                         | 8,10 €                        |

# Bedingungen für die Zahnerhalt-Versicherung für gesetzlich Krankenversicherte ohne Gesundheitsfragen Vertragsgrundlage Tarif ZBB

## Versicherungsfall und Leistungsumfang

- 1 Welche Leistungen erbringen wir und was ist nicht versichert?
- 2 Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls zu beachten und welche Folgen hat die Verletzung dieser Obliegenheiten?
- 3 An wen und wann erbringen wir die Leistung?
- 4 Wann können Sie einen Tarifwechsel verlangen?

## Versicherungs-Schutz und Versicherungsbeitrag

- 5 Wann beginnt der Versicherungs-Schutz?
- 6 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
- 7 Wann kann der Vertrag gekündigt werden bzw. wann endet der Vertrag?

## Versicherungsfall und Leistungsumfang

### 1 Welche Leistungen erbringen wir und was ist nicht versichert?

- 1.1 Wir erbringen Leistungen nach diesem Tarif, wenn einer versicherten Person bei bestehendem Versicherungs-Schutz medizinisch notwendige **zahnerhaltende Maßnahmen** erstmals angeraten und durchgeführt wurden (Versicherungsfall). Versicherungsfähig und versicherbar sind nur Personen, die bei einer gesetzlichen Krankenversicherung (Vorleistungsversicherung) versichert sind.
- Zusammen mit der Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie den Erstattungen Dritter erhalten Sie maximal die erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.
- Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist der Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung als Erstattungsbetrag für die Heilbehandlung angesetzt hat. Von der versicherten Person eventuell zu tragende Eigenanteile wie z. B. Verwaltungskostenanteile oder Selbstbehalte mindern den angesetzten Betrag nicht.
- Die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Zahnärzten und Ärzten steht frei. Die Aufwendungen für erbrachte Leistungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen liegen.

Wir zahlen **100 Prozent der verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen** für:

- **Einlagefüllungen** (Inlays und Onlays),
- **Kunststofffüllungen**,
- **Knirscherschienen**

## Weitere Regelungen

- 8 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf den Vertrag beziehen?
- 9 An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?
- 10 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?
- 11 Können sich Ihre Vertrags-Bedingungen zukünftig ändern?
- 12 Wann verjähren die Ansprüche?

und die damit verbundenen **zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien** sowie die damit verbundenen **funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen**.

Erstattungsfähig sind die im Rahmen einer medizinisch notwendigen Versorgung entstehenden Kosten für zahnerhaltende Maßnahmen. Allein die Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung begründet keinen Anspruch aus diesem Tarif. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen, Zahnersatzmaßnahmen (wie z. B. Kronen, Brücken, Prothesen, implantologische Maßnahmen) und kosmetische Zahnbehandlungen (wie z. B. Verblendschalen und Bleaching).

Für **zahnmedizinische Individualprophylaxe-Maßnahmen** zahlen wir Ihnen die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Betrag von maximal 60,00 Euro pro Versicherungsjahr.

Erstattungsfähige Aufwendungen für zahnmedizinische Individualprophylaxe-Maßnahmen sind Aufwendungen für Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Dazu zählen insbesondere

- professionelle Zahnreinigung,
- die Erstellung des Mundhygienestatus, sowie die eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie die Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustands und die Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisungen,
- die Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,



- die Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- die Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen,
- die Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- die Fissurenversiegelung.

Für die Leistungen bestehen **innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre Leistungs-Begrenzungen**.

So beträgt die Gesamtleistung je versicherter Person:

- im ersten Versicherungsjahr höchstens 250,00 Euro;
- in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens 500,00 Euro;
- in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen höchstens 750,00 Euro;
- in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen höchstens 1.000,00 Euro.

Mit Ablauf des vierten Versicherungsjahres bestehen somit diese summenmäßigen Begrenzungen nicht mehr.

Tritt der Versicherungsfall als Folge eines Unfalls ein, so entfallen hierfür die summenmäßigen Begrenzungen der ersten vier Versicherungsjahre. Werden in einem solchen Fall Leistungen erbracht, werden diese nicht auf die summenmäßigen Begrenzungen angerechnet.

Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungs-Schein genannten Beginn des Tarifs ZBB. Die Leistungen werden dabei dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung durchgeführt wurde.

## 1.2 Kein Versicherungs-Schutz besteht für:

- die Teile einer Liquidation, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte nicht entsprechen oder die dort festgesetzten Höchstsätze überschreiten,
- zahnärztliche bzw. ärztliche Maßnahmen oder zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, für die Leistungen vereinbart sind, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen. In diesen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen,
- Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen,
- über die Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte hinausgehende vereinbarte Abrechnungen,
- Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet,
- auf Vorsatz beruhende Versicherungsfälle und Unfälle einschließlich deren Folgen.

## 1.3 Der Versicherungs-Schutz gilt weltweit. In Rechnung gestellte Leistungen für Heilbehandlungen im Ausland sind nur insoweit erstattungsfähige Aufwendungen, als die in Rechnung gestellten Beträge entsprechend der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden können und im Rahmen der dort festgesetzten Höchstsätze bzw. des dort festgesetzten Gebührenrahmens liegen. Die in ausländischer Währung tatsächlich entstandenen

erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns 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 Bankbeleg nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

## 2 Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls zu beachten und welche Folgen hat die Verletzung dieser Obliegenheiten?

Ohne die Mitwirkung des Anspruchstellers können wir das Vorliegen der Leistungs-Voraussetzungen nicht feststellen. Damit wir den Leistungsfall prüfen können, bestehen folgende Obliegenheiten:

- 2.1 Werden Leistungen geltend gemacht, sind sämtliche Belege (z. B. Zahnarztrechnung, Material- und Laborkostenrechnung etc.) im Original einzureichen. Diese müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person tragen. Die Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen müssen spezifiziert sein. Nachweise für Kosten für zahntechnische Leistungen sind ebenfalls einzureichen. Die vorgelegten Nachweise werden unser Eigentum.
- 2.2 Sie und die versicherte Person haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls, unserer Leistungspflicht oder des Leistungsumfangs erforderlich ist. Auf unser Verlangen hat die versicherte Person die behandelnden Zahnärzte bzw. Ärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und sich durch einen von uns beauftragten Zahnarzt bzw. Arzt untersuchen zu lassen.
- 2.3 Besteht ein Erstattungs-Anspruch gegen Dritte, so sind Leistungen des Dritten in Anspruch zu nehmen und die Zweitschriften der Rechnungen mit Erstattungsvermerk einzureichen.
- 2.4 Haben Sie oder eine versicherte Person Schadensersatz-Ansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unabhängig eines gesetzlichen Forderungsübergangs, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe der von uns erbrachten Leistung an uns abzutreten. Ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht darf ohne unsere Zustimmung nicht aufgegeben werden. Richtet sich Ihr Ersatz-Anspruch gegen eine Person, mit der Sie bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft leben, können wir den Übergang des Ersatz-Anspruchs nicht geltend machen, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.
- 2.5 Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- 2.6 Die Kosten, die Ihnen durch die Ermittlung und Feststellung der von uns zu erbringenden Leistungen entstehen, erstatten wir Ihnen insoweit als Ihre

Aufwendungen den Umständen nach geboten waren. Diese Kosten erstatten wir Ihnen unabhängig von den Leistungs-Begrenzungen. Kosten für die Zuziehung eines Sachverständigen oder eines Beistands erstatten wir Ihnen nur dann, wenn wir Sie hierzu aufgefordert haben.

- 2.7 Wird eine dieser bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls bestehenden Obliegenheiten verletzt, können sich erhebliche rechtliche Nachteile ergeben. Dabei gilt:  
Wird eine der genannten Obliegenheiten, die bei oder nach dem Eintritt eines Versicherungsfalls zu erfüllen ist, vorsätzlich verletzt, geht der Leistungs-Anspruch verloren. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Kürzung kann bis zur vollständigen Leistungsfreiheit führen. Wird uns nachgewiesen, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Leistungs-Anspruch bestehen. Der Leistungs-Anspruch bleibt auch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war oder wir Sie nicht durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben. Bei arglistiger Verletzung einer Obliegenheit geht der Leistungs-Anspruch auch dann verloren, wenn die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls, noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person werden Ihnen zugerechnet.

### 3 An wen und wann erbringen wir die Leistung?

- 3.1 Leistungen können nur Sie als Versicherungsnehmer verlangen, es sei denn, Sie haben uns gegenüber in Textform die versicherte Person als Empfangsberechtigten benannt. Haben Sie uns gegenüber die versicherte Person als Empfangsberechtigten benannt, kann ausschließlich die versicherte Person die Leistung verlangen. Die Benennung kann widerruflich oder unwiderruflich erfolgen. Eine Abtretung oder Verpfändung von Leistungs-Ansprüchen ist nur und erst mit unserer ausdrücklichen Zustimmung wirksam. Dies gilt hinsichtlich der Abtretung nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.
- 3.2 Die Leistungen überweisen wir kostenfrei auf ein uns zu nennendes Konto. Bei Überweisungen in das Ausland trägt der Zahlungsempfänger das hiermit verbundene Risiko sowie die anfallenden Kosten.
- 3.3 Die Leistungen sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen. Sind diese nicht bis zum Ablauf eines Monats seit Anzeige des Versicherungsfalls beendet, können Abschlagszahlungen bis zur Höhe der voraussichtlichen Mindestleistung verlangt werden. Bei Berechnung dieser Frist zählt der Zeitraum nicht mit, in dem die Erhebungen infolge eines

Verschuldens des Anspruchstellers nicht beendet werden können.

Nach Vorlage aller zur Prüfung der Leistungs-Ansprüche notwendigen Unterlagen erklären wir innerhalb von 10 Tagen, ob und in welchem Umfang wir eine Leistung anerkennen.

### 4 Wann können Sie einen Tarifwechsel verlangen?

Sie können einen Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungs-Schutz unter Anrechnung der aus diesem Vertrag erworbenen Rechte verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach dem neuen Tarif erfüllt. Wir sind zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Soweit die Leistungen in dem neuen Tarif, in den die versicherte Person wechseln möchte, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, können wir für die Mehrleistung einen Leistungs-Ausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Die Vereinbarung eines Risikozuschlags können Sie dadurch abwenden, dass Sie hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungs-Ausschluss vereinbaren.

## Versicherungs-Schutz und Versicherungsbeitrag

### 5 Wann beginnt der Versicherungs-Schutz?

Der Versicherungs-Schutz besteht, sobald der Vertrag zustande gekommen ist, frühestens jedoch zu dem im Versicherungs-Schein angegebenen Beginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung.

### 6 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

- 6.1 Die vereinbarten Beiträge sind ab Vertrags-Beginn zu bezahlen. Der erste Beitrag (**Einlösungsbeitrag**) wird sofort mit Zustandekommen des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungs-Schein angegebenen Beginn. Alle weiteren Beiträge (**Folgebeiträge**) sind jeweils zu Beginn der vereinbarten Zahlungsperiode zu entrichten.
- 6.2 Wurden wir zum Beitragseinzug (Lastschriftverfahren) ermächtigt, sind Sie erst und nur dann zur Übermittlung ausstehender und zukünftiger Beiträge verpflichtet, wenn wir Sie in Textform dazu aufgefordert haben. Wir sind dann nicht mehr zum Beitragseinzug verpflichtet. Erfolgt die Beitragszahlung im Lastschriftverfahren, müssen Sie sicherstellen, dass der Beitrag am Fälligkeitstag eingezogen werden kann und einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen wird. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden wiederholt von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform erteilten Zahlungsaufforderung erfolgt.
- 6.3 Wurde uns kein SEPA-Lastschriftmandat erteilt, genügt es für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Die Übermittlung der Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

6.4 Konnte der **Einlösungsbeitrag** von uns nicht rechtzeitig eingezogen werden oder wurde dieser von Ihnen nicht rechtzeitig gezahlt, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, besteht kein Anspruch auf die Leistung. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Wurden wir ermächtigt, die Beiträge von einem Konto einzuziehen, besteht auch bei Nichtzahlung des Erstbeitrags Versicherungs-Schutz, es sei denn, die Bank hätte den Einzug des Beitrags zum Fälligkeitstag mangels Kontodeckung nicht durchgeführt.

6.5 Konnte ein **Folgebeitrag** von uns nicht rechtzeitig eingezogen werden oder wurde dieser von Ihnen nicht rechtzeitig gezahlt, erhalten Sie von uns eine Mahnung in Textform, in der wir Ihnen eine Frist von mindestens zwei Monaten setzen. Begleichen Sie den Rückstand nicht fristgerecht, können wir den Vertrag kündigen. Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und waren Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Beitragszahlung in Verzug, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie im Mahnschreiben umfassend hinweisen. Die Kündigung des Vertrags kann für den Fall der Nichtzahlung der Beiträge bereits im Mahnschreiben erklärt werden.

6.6 Nur soweit ein Anspruch von Ihnen gegen uns anerkannt oder rechtskräftig festgestellt ist, können Sie mit diesem gegen unsere Beitragsforderungen aufrechnen.

6.7 Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie Ihrem jeweils gültigen Versicherungs-Schein. Er richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Das Eintrittsalter ist die Anzahl der bei Vertrags-Beginn vollendeten Lebensjahre. Für Personen, die das 21., 31., 41., 51., 61., 71., 81., bzw. 91. Lebensjahr vollenden, ist vom Beginn des folgenden Monats an der ihrem Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

6.8 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung des tatsächlichen Schadensbedarfs gegenüber der technischen Berechnungsgrundlage und der sich daraus errechneten Beiträge sind wir berechtigt, die Beiträge entsprechend den berechtigten Berechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungs-Verhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen überprüft und der Beitragsanpassung zugestimmt hat. Wir vergleichen dazu zumindest jährlich für den Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungs-Leistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für den Tarif eine Abweichung von mehr als zehn Prozent, werden die Beiträge des Tarifs von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als

fünf Prozent, so können die Beiträge von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. In beiden Fällen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Leistungs-Begrenzung entsprechend geändert werden. Die Neufestsetzung des Beitrags und der Leistungs-Begrenzung wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe folgt.

## 7 Wann kann der Vertrag gekündigt werden bzw. wann endet der Vertrag?

7.1 **Das Versicherungs-Verhältnis endet durch Kündigung. Diese wird nur und erst dann wirksam, wenn uns Ihre Erklärung in Textform zugeht. Kündigen Sie das Versicherungs-Verhältnis einer mitversicherten Person, wird die Kündigung nur und erst dann wirksam, wenn die versicherte Person Kenntnis von der Kündigungserklärung erlangt hat.**

**Sie können den Versicherungs-Schutz insgesamt oder nur für einzelne versicherte Personen ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen.**

7.2 Ihr Vertrag endet spätestens **mit Ihrem Ableben.**

7.3 Versicherte Personen sind bei Kündigung ihres Versicherungs-Verhältnisses durch Sie oder bei Ihrem Tod berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungs-Verhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären. Diese Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten ab dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person Kenntnis von ihrem Recht erlangt, abzugeben. Der Beitrag ist ab Fortsetzung des Vertrags zu leisten.

7.4 Auf unser ordentliches Kündigungsrecht verzichten wir. Das Versicherungs-Verhältnis können wir damit nur außerordentlich kündigen (z. B. bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung). Beschränken wir unsere Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife, können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Zugang unserer Kündigung die Aufhebung des gesamten Vertrags zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird. Wird der Vertrag wegen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung von uns wirksam gekündigt, kann die versicherte Person die Fortsetzung des Versicherungs-Verhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers erklären; der Beitrag ist ab Fortsetzung des Versicherungs-Verhältnisses zu leisten. Wir informieren die versicherte Person in Textform über die Kündigung des Vertrags und dem Recht zur Fortsetzung ihres Versicherungs-Verhältnisses. Dieses Recht der versicherten Person endet zwei Monate, nachdem sie davon Kenntnis erlangt hat.

7.5 Bei **Tod einer versicherten Person** endet insoweit das Versicherungs-Verhältnis.

7.6 Das Versicherungs-Verhältnis endet für die versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt. Sie sind verpflichtet, uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.

7.7 Mit Beendigung des Versicherungs-Verhältnisses endet der Versicherungs-Schutz auch für

Versicherungsfälle, die zu diesem Zeitpunkt noch andauern (schwebende Versicherungsfälle).

## Weitere Regelungen

### 8 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf den Vertrag beziehen?

- 8.1 Ihre den Vertrag betreffenden Mitteilungen können mündlich erfolgen. Es sei denn etwas anderes
- wird ausdrücklich vereinbart (z.B. Textform),
  - ist gesetzlich vorgeschrieben.

Die Vertragssprache ist deutsch.

- 8.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift oder eine Namensänderung nicht mitgeteilt, genügt für eine Ihnen gegenüber abzugebende Erklärung die Absendung eines eingeschriebenen Briefs an die letzte uns von Ihnen bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefs als zugegangen.

### 9 An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?

Für Verbraucher, die Verträge auf elektronischem Weg (z.B. über eine Website oder per E-Mail) geschlossen haben, gibt es bei Beschwerden eine EU-Plattform zur Online-Streitbeilegung. Der Link lautet: [ec.europa.eu/consumers/odr](https://ec.europa.eu/consumers/odr).

Wir nehmen jedoch nicht an einem Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teil.

Es steht Ihnen der Weg zu den ordentlichen Gerichten frei.

Wir unterstehen der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich Versicherungen – Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Bei Schwierigkeiten aus dem Vertrag bzw. aus der Vermittlung oder Anbahnung Ihres Vertrags können Sie sich auch dort beschweren.

### 10 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

- 10.1 Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Soweit in den Vertrags-Vereinbarungen (Antrag, Versicherungs-Schein, Bedingungen, Verbraucher-Informationen, etc.) nichts abweichend vereinbart ist, gilt insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz.
- 10.2 Sind Sie der Meinung, dass wir Ihre Leistungen zu Unrecht abgelehnt haben, können Sie unsere Entscheidung bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht überprüfen lassen.
- 10.3 Meinen wir, vertragliche Ansprüche gegen Sie einklagen zu müssen, können wir dies nur bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht tun.
- 10.4 Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder eines Vertragsstaats des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, können Sie sich ausschließlich an das für unseren Geschäftssitz zuständige Gericht in Deutschland wenden.

### 11 Können sich Ihre Vertrags-Bedingungen zukünftig ändern?

- 11.1 Sollten einzelne Bestimmungen in den Versicherungs-Bedingungen unwirksam sein, wird dadurch die Geltung der übrigen Regelungen in Versicherungs-Bedingungen und vertraglichen Vereinbarungen nicht berührt.
- 11.2 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Bedingungen 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 Mitteilung der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- 11.3 Wurde durch eine höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen Verwaltungsakt der Aufsichtsbehörde eine Vertragsbestimmung für unwirksam erklärt, können wir eine neue Regelung festlegen. Voraussetzung hierfür ist, dass dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn ohne neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte entsteht. Hierbei sind die Interessen der jeweils anderen Vertragspartei zu berücksichtigen. 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.

### 12 Wann verjähren die Ansprüche?

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren regelmäßig in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Berechtigte Kenntnis von den Umständen, die den Anspruch begründen und über uns als Versicherer erlangt. Die Frist beginnt auch dann zu laufen, wenn der Berechtigte die Unkenntnis grob fahrlässig zu vertreten hat. Die Ansprüche verjähren unabhängig von der Kenntnis des Berechtigten spätestens nach zehn Jahren. Haben Sie einen Anspruch bei uns angemeldet, zählt bei der Fristberechnung der Zeitraum zwischen Anmeldung und Zugang unserer in Textform mitgeteilten Entscheidung bei Ihnen nicht mit, soweit dieser Zeitraum nach Beginn der Verjährung liegt.

## Übersicht der monatlichen Beiträge in den jeweiligen Altersgruppen

Wir haben den folgenden Tarif nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Tarife nach Art der Schadenversicherung sind reine Risikotarife. Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Wir berechnen den Beitrag in diesen Tarifen nach Altersgruppen. Bei Erreichen einer neuen Altersgruppe haben Sie den jeweiligen Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel eine Beitragssteigerung zur Folge. Die Beiträge können sich auch durch eventuell erforderliche Beitragsanpassungen ändern.

| Alter der versicherten Person | Tarif ZBB (Stand: 01.05.2015) |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 0 – 20                        | 3,80 €                        |
| 21 – 30                       | 7,90 €                        |
| 31 – 40                       | 7,90 €                        |
| 41 – 50                       | 7,90 €                        |
| 51 – 60                       | 7,90 €                        |
| 61 – 70                       | 7,90 €                        |
| 71 – 80                       | 7,90 €                        |
| 81 – 90                       | 7,90 €                        |
| ab 91                         | 7,90 €                        |

# Bedingungen für die Zahnerhalt-Versicherung für gesetzlich Krankenversicherte ohne Gesundheitsfragen Vertragsgrundlage Tarif ZBE

## Versicherungsfall und Leistungsumfang

- 1 Welche Leistungen erbringen wir und was ist nicht versichert?
- 2 Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls zu beachten und welche Folgen hat die Verletzung dieser Obliegenheiten?
- 3 An wen und wann erbringen wir die Leistung?
- 4 Wann können Sie einen Tarifwechsel verlangen?

## Versicherungs-Schutz und Versicherungsbeitrag

- 5 Wann beginnt der Versicherungs-Schutz?
- 6 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
- 7 Wann kann der Vertrag gekündigt werden bzw. wann endet der Vertrag?

## Weitere Regelungen

- 8 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf den Vertrag beziehen?
- 9 An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?
- 10 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?
- 11 Können sich Ihre Vertrags-Bedingungen zukünftig ändern?
- 12 Wann verjähren die Ansprüche?

## Versicherungsfall und Leistungsumfang

### 1 Welche Leistungen erbringen wir und was ist nicht versichert?

- 1.1 Wir erbringen Leistungen nach diesem Tarif, wenn einer versicherten Person bei bestehendem Versicherungs-Schutz medizinisch notwendige **zahnerhaltende Maßnahmen** erstmals angeraten und durchgeführt wurden (Versicherungsfall).

Versicherungsfähig und versicherbar sind nur Personen, die bei einer gesetzlichen Krankenversicherung (Vorleistungsversicherung) versichert sind. Versicherungs-Schutz nach Tarif ZBE besteht nur und solange Versicherungs-Schutz nach einem zugehörigen Grundtarif besteht.

Zusammen mit der Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie den Erstattungen Dritter erhalten Sie maximal die erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist der Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung als Erstattungsbetrag für die Heilbehandlung angesetzt hat. Von der versicherten Person eventuell zu tragende Eigenanteile wie z. B. Verwaltungskostenanteile oder Selbstbehalte mindern den angesetzten Betrag nicht.

Die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Zahnärzten und Ärzten steht frei. Die Aufwendungen für erbrachte Leistungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen liegen.

Wir zahlen **100 Prozent der verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen** für:

- **Wurzelbehandlungen,**

### • Parodontosebehandlungen

und die damit verbundenen **zahntechnischen Laborarbeiten und Materialkosten**.

Erstattungsfähig sind die im Rahmen einer medizinisch notwendigen Versorgung entstehenden Kosten für zahnerhaltende Maßnahmen. Allein die Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung begründet keinen Anspruch aus diesem Tarif. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen, Zahnersatzmaßnahmen (wie z. B. Kronen, Brücken, Prothesen, implantologische Maßnahmen) und kosmetische Zahnbehandlungen (wie z. B. Verblendschalen und Bleaching).

Für **zahnmedizinische Individualprophylaxe-Maßnahmen** zahlen wir Ihnen den Betrag der verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen, der 60,00 Euro pro Versicherungsjahr übersteigt.

Erstattungsfähige Aufwendungen für zahnmedizinische Individualprophylaxe-Maßnahmen sind Aufwendungen für Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Dazu zählen insbesondere

- professionelle Zahnreinigung,
- die Erstellung des Mundhygienestatus, sowie die eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie die Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustands und die Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisungen,
- die Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- die Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- die Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen,

- die Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- die Fissurenversiegelung.

Für die Leistungen bestehen **innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre Leistungs-Begrenzungen**.

So beträgt die Gesamtleistung je versicherter Person:

- im ersten Versicherungsjahr höchstens 250,00 Euro;
- in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens 500,00 Euro;
- in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen höchstens 750,00 Euro;
- in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen höchstens 1.000,00 Euro.

Mit Ablauf des vierten Versicherungsjahres bestehen somit diese summenmäßigen Begrenzungen nicht mehr.

Tritt der Versicherungsfall als Folge eines Unfalls ein, so entfallen hierfür die summenmäßigen Begrenzungen der ersten vier Versicherungsjahre. Werden in einem solchen Fall Leistungen erbracht, werden diese nicht auf die summenmäßigen Begrenzungen angerechnet.

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungs-Schein genannten Beginn des Tarifs ZBE. Das erste Versicherungsjahr endet mit dem Versicherungsjahr des zugehörigen Grundtarifs. Die Leistungen werden dabei dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung durchgeführt wurde.

#### 1.2 Kein Versicherungs-Schutz besteht für:

- die Teile einer Liquidation, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte nicht entsprechen oder die dort festgesetzten Höchstsätze überschreiten,
- zahnärztliche bzw. ärztliche Maßnahmen oder zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, für die Leistungen vereinbart sind, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen. In diesen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen,
- Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen,
- über die Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte hinausgehende vereinbarte Abrechnungen,
- Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet,
- auf Vorsatz beruhende Versicherungsfälle und Unfälle einschließlich deren Folgen.

- 1.3 Der Versicherungs-Schutz gilt weltweit. In Rechnung gestellte Leistungen für Heilbehandlungen im Ausland sind nur insoweit erstattungsfähige Aufwendungen, als die in Rechnung gestellten Beträge entsprechend der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden können und im Rahmen der dort festgesetzten Höchstsätze bzw. des dort festgesetzten Gebührenrahmens liegen. Die in ausländischer Währung tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns 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 Bankbeleg nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

#### 2 Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten und welche Folgen hat die Verletzung dieser Obliegenheiten?

Ohne die Mitwirkung des Anspruchstellers können wir das Vorliegen der Leistungs-Voraussetzungen nicht feststellen. Damit wir den Leistungsfall prüfen können, bestehen folgende Obliegenheiten:

- 2.1 Werden Leistungen geltend gemacht, sind sämtliche Belege (z. B. Zahnarztrechnung, Material- und Laborkostenrechnung etc.) im Original einzureichen. Diese müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person tragen. Die Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen müssen spezifiziert sein. Nachweise für Kosten für zahntechnische Leistungen sind ebenfalls einzureichen. Die vorgelegten Nachweise werden unser Eigentum.
- 2.2 Sie und die versicherte Person haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, unserer Leistungspflicht oder des Leistungsumfanges erforderlich ist. Auf unser Verlangen hat die versicherte Person die behandelnden Zahnärzte bzw. Ärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und sich durch einen von uns beauftragten Zahnarzt bzw. Arzt untersuchen zu lassen.
- 2.3 Besteht ein Erstattungs-Anspruch gegen Dritte, so sind Leistungen des Dritten in Anspruch zu nehmen und die Zweitschriften der Rechnungen mit Erstattungsvermerk einzureichen.
- 2.4 Haben Sie oder eine versicherte Person Schadensersatz-Ansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unabhängig eines gesetzlichen Forderungsübergangs, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe der von uns erbrachten Leistung an uns abzutreten. Ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht darf ohne unsere Zustimmung nicht aufgegeben werden. Richtet sich Ihr Ersatz-Anspruch gegen eine Person, mit der Sie bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft leben, können wir den Übergang des Ersatz-Anspruchs nicht geltend machen, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.
- 2.5 Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- 2.6 Die Kosten, die Ihnen durch die Ermittlung und Feststellung der von uns zu erbringenden Leistungen entstehen, erstatten wir Ihnen insoweit als Ihre Aufwendungen den Umständen nach geboten waren. Diese Kosten erstatten wir Ihnen unabhängig von den Leistungs-Begrenzungen. Kosten für die Zuziehung eines Sachverständigen oder eines Beistands erstatten wir Ihnen nur dann, wenn wir Sie hierzu aufgefordert haben.

- 2.7 Wird eine dieser bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls bestehenden Obliegenheiten verletzt, können sich erhebliche rechtliche Nachteile ergeben. Dabei gilt:  
Wird eine der genannten Obliegenheiten, die bei oder nach dem Eintritt eines Versicherungsfalls zu erfüllen ist, vorsätzlich verletzt, geht der Leistungs-Anspruch verloren. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Kürzung kann bis zur vollständigen Leistungsfreiheit führen. Wird uns nachgewiesen, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Leistungs-Anspruch bestehen. Der Leistungs-Anspruch bleibt auch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war oder wir Sie nicht durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben. Bei arglistiger Verletzung einer Obliegenheit geht der Leistungs-Anspruch auch dann verloren, wenn die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls, noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person werden Ihnen zugerechnet.

### 3 An wen und wann erbringen wir die Leistung?

- 3.1 Leistungen können nur Sie als Versicherungsnehmer verlangen, es sei denn, Sie haben uns gegenüber in Textform die versicherte Person als Empfangsberechtigten benannt. Haben Sie uns gegenüber die versicherte Person als Empfangsberechtigten benannt, kann ausschließlich die versicherte Person die Leistung verlangen. Die Benennung kann widerruflich oder unwiderruflich erfolgen. Eine Abtretung oder Verpfändung von Leistungs-Ansprüchen ist nur und erst mit unserer ausdrücklichen Zustimmung wirksam. Dies gilt hinsichtlich der Abtretung nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.
- 3.2 Die Leistungen überweisen wir kostenfrei auf ein uns zu nennendes Konto. Bei Überweisungen in das Ausland trägt der Zahlungsempfänger das hiermit verbundene Risiko sowie die anfallenden Kosten.
- 3.3 Die Leistungen sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen. Sind diese nicht bis zum Ablauf eines Monats seit Anzeige des Versicherungsfalls beendet, können Abschlagszahlungen bis zur Höhe der voraussichtlichen Mindestleistung verlangt werden. Bei Berechnung dieser Frist zählt der Zeitraum nicht mit, in dem die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Anspruchstellers nicht beendet werden können. Nach Vorlage aller zur Prüfung der Leistungs-Ansprüche notwendigen Unterlagen erklären wir innerhalb von 10 Tagen, ob und in welchem Umfang wir eine Leistung anerkennen.

### 4 Wann können Sie einen Tarifwechsel verlangen?

Sie können einen Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungs-Schutz unter Anrechnung der aus diesem Vertrag erworbenen Rechte verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach dem neuen Tarif erfüllt. Wir sind zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Soweit die Leistungen in dem neuen Tarif, in den die versicherte Person wechseln möchte, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, können wir für die Mehrleistung einen Leistungs-Ausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Die Vereinbarung eines Risikozuschlags können Sie dadurch abwenden, dass Sie hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungs-Ausschluss vereinbaren.

## Versicherungs-Schutz und Versicherungsbeitrag

### 5 Wann beginnt der Versicherungs-Schutz?

Der Versicherungs-Schutz besteht, sobald der Vertrag zustande gekommen ist, frühestens jedoch zu dem im Versicherungs-Schein angegebenen Beginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung.

### 6 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

- 6.1 Die vereinbarten Beiträge sind ab Vertrags-Beginn zu bezahlen. Der erste Beitrag (**Einlösungsbeitrag**) wird sofort mit Zustandekommen des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungs-Schein angegebenen Beginn. Alle weiteren Beiträge (**Folgebeiträge**) sind jeweils zu Beginn der vereinbarten Zahlungsperiode zu entrichten.
- 6.2 Wurden wir zum Beitragseinzug (Lastschriftverfahren) ermächtigt, sind Sie erst und nur dann zur Übermittlung ausstehender und zukünftiger Beiträge verpflichtet, wenn wir Sie in Textform dazu aufgefordert haben. Wir sind dann nicht mehr zum Beitragseinzug verpflichtet. Erfolgt die Beitragszahlung im Lastschriftverfahren, müssen Sie sicherstellen, dass der Beitrag am Fälligkeitstag eingezogen werden kann und einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen wird. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden wiederholt von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform erteilten Zahlungsaufforderung erfolgt.
- 6.3 Wurde uns kein SEPA-Lastschriftmandat erteilt, genügt es für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Die Übermittlung der Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.
- 6.4 Konnte der **Einlösungsbeitrag** von uns nicht rechtzeitig eingezogen werden oder wurde dieser von Ihnen nicht rechtzeitig gezahlt, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, besteht kein Anspruch



auf die Leistung. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Wurden wir ermächtigt, die Beiträge von einem Konto einzuziehen, besteht auch bei Nichtzahlung des Erstbeitrags Versicherungs-Schutz, es sei denn, die Bank hätte den Einzug des Beitrags zum Fälligkeitstag mangels Kontodeckung nicht durchgeführt.

- 6.5 Konnte ein **Folgebeitrag** von uns nicht rechtzeitig eingezogen werden oder wurde dieser von Ihnen nicht rechtzeitig gezahlt, erhalten Sie von uns eine Mahnung in Textform, in der wir Ihnen eine Frist von mindestens zwei Monaten setzen. Begleichen Sie den Rückstand nicht fristgerecht, können wir den Vertrag kündigen. Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und waren Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Beitragszahlung in Verzug, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie im Mahnschreiben umfassend hinweisen. Die Kündigung des Vertrags kann für den Fall der Nichtzahlung der Beiträge bereits im Mahnschreiben erklärt werden.
- 6.6 Nur soweit ein Anspruch von Ihnen gegen uns anerkannt oder rechtskräftig festgestellt ist, können Sie mit diesem gegen unsere Beitragsforderungen aufrechnen.
- 6.7 Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie Ihrem jeweils gültigen Versicherungs-Schein. Er richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Das Eintrittsalter ist die Anzahl der bei Vertrags-Beginn vollendeten Lebensjahre.  
Für Personen, die das 21., 31., 41., 51., 61., 71., 81., bzw. 91. Lebensjahr vollenden, ist vom Beginn des folgenden Monats an der ihrem Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.
- 6.8 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung des tatsächlichen Schadensbedarfs gegenüber der technischen Berechnungsgrundlage und der sich daraus errechneten Beiträge sind wir berechtigt, die Beiträge entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen überprüft und der Beitragsanpassung zugestimmt hat. Wir vergleichen dazu zumindest jährlich für den Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für den Tarif eine Abweichung von mehr als zehn Prozent, werden die Beiträge des Tarifs von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als fünf Prozent, so können die Beiträge von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. In beiden Fällen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Leistungs-Begrenzung oder Selbstbeteiligung entsprechend geändert werden. Die Neufestsetzung des Beitrags, der Leistungs-Begrenzung oder Selbstbeteiligung wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe folgt.

## **7 Wann kann der Vertrag gekündigt werden bzw. wann endet der Vertrag?**

- 7.1 **Das Versicherungsverhältnis endet durch Kündigung. Diese wird nur und erst dann wirksam, wenn uns Ihre Erklärung in Textform zugeht. Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis einer mitversicherten Person, wird die Kündigung nur und erst dann wirksam, wenn die versicherte Person Kenntnis von der Kündigungserklärung erlangt hat. Sie können den Versicherungs-Schutz insgesamt oder nur für einzelne versicherte Personen ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen.**
- 7.2 Ihr Vertrag endet spätestens **mit Ihrem Ableben**.
- 7.3 Versicherte Personen sind bei Kündigung ihres Versicherungsverhältnisses durch Sie oder bei Ihrem Tod berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären. Diese Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten ab dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person Kenntnis von ihrem Recht erlangt, abzugeben. Der Beitrag ist ab Fortsetzung des Vertrags zu leisten.
- 7.4 Auf unser ordentliches Kündigungsrecht verzichten wir. Das Versicherungsverhältnis können wir damit nur außerordentlich kündigen (z. B. bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung). Beschränken wir unsere Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife, können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Zugang unserer Kündigung die Aufhebung des gesamten Vertrags zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird.  
Wird der Vertrag wegen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung von uns wirksam gekündigt, kann die versicherte Person die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers erklären; der Beitrag ist ab Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu leisten. Wir informieren die versicherte Person in Textform über die Kündigung des Vertrags und dem Recht zur Fortsetzung ihres Versicherungsverhältnisses. Dieses Recht der versicherten Person endet zwei Monate, nachdem sie davon Kenntnis erlangt hat.
- 7.5 Endet der Versicherungs-Schutz für den zugehörigen Grundtarif, endet gleichzeitig auch der Versicherungs-Schutz nach Tarif ZBE.
- 7.6 Bei **Tod einer versicherten Person** endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- 7.7 Das Versicherungsverhältnis endet für die versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt. Sie sind verpflichtet, uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.
- 7.8 Mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses endet der Versicherungs-Schutz auch für Versicherungsfälle, die zu diesem Zeitpunkt noch andauern (schwebende Versicherungsfälle).

## **Weitere Regelungen**

### **8 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf den Vertrag beziehen?**

- 8.1 Ihre den Vertrag betreffenden Mitteilungen können mündlich erfolgen. Es sei denn etwas anderes

- wird ausdrücklich vereinbart (z.B. Textform),
- ist gesetzlich vorgeschrieben.

Die Vertragssprache ist deutsch.

- 8.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift oder eine Namensänderung nicht mitgeteilt, genügt für eine Ihnen gegenüber abzugebende Erklärung die Absendung eines eingeschriebenen Briefs an die letzte uns von Ihnen bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefs als zugegangen.

## **9 An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?**

Für Verbraucher, die Verträge auf elektronischem Weg (z.B. über eine Website oder per E-Mail) geschlossen haben, gibt es bei Beschwerden eine EU-Plattform zur Online-Streitbeilegung. Der Link lautet: [ec.europa.eu/consumers/odr](https://ec.europa.eu/consumers/odr).

Wir nehmen jedoch nicht an einem Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teil.

Es steht Ihnen der Weg zu den ordentlichen Gerichten frei.

Wir unterstehen der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich Versicherungen – Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Bei Schwierigkeiten aus dem Vertrag bzw. aus der Vermittlung oder Anbahnung Ihres Vertrags können Sie sich auch dort beschweren.

## **10 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?**

- 10.1 Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Soweit in den Vertrags-Vereinbarungen (Antrag, Versicherungs-Schein, Bedingungen, Verbraucher-Informationen, etc.) nichts abweichend vereinbart ist, gilt insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz.

- 10.2 Sind Sie der Meinung, dass wir Ihre Leistungen zu Unrecht abgelehnt haben, können Sie unsere Entscheidung bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht überprüfen lassen.

- 10.3 Meinen wir, vertragliche Ansprüche gegen Sie einklagen zu müssen, können wir dies nur bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht tun.

- 10.4 Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder eines Vertragsstaats des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, können Sie sich ausschließlich an das für unseren Geschäftssitz zuständige Gericht in Deutschland wenden.

## **11 Können sich Ihre Vertrags-Bedingungen zukünftig ändern?**

- 11.1 Sollten einzelne Bestimmungen in den Versicherungs-Bedingungen unwirksam sein, wird dadurch die Geltung der übrigen Regelungen in Versicherungs-Bedingungen und vertraglichen Vereinbarungen nicht berührt.

- 11.2 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswe-

sens können die Bedingungen 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 Mitteilung der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

- 11.3 Wurde durch eine höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen Verwaltungsakt der Aufsichtsbehörde eine Vertragsbestimmung für unwirksam erklärt, können wir eine neue Regelung festlegen. Voraussetzung hierfür ist, dass dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn ohne neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte entsteht. Hierbei sind die Interessen der jeweils anderen Vertragspartei zu berücksichtigen. 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.

## **12 Wann verjähren die Ansprüche?**

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren regelmäßig in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Berechtigte Kenntnis von den Umständen, die den Anspruch begründen und über uns als Versicherer erlangt. Die Frist beginnt auch dann zu laufen, wenn der Berechtigte die Unkenntnis grob fahrlässig zu vertreten hat. Die Ansprüche verjähren unabhängig von der Kenntnis des Berechtigten spätestens nach zehn Jahren. Haben Sie einen Anspruch bei uns angemeldet, zählt bei der Fristberechnung der Zeitraum zwischen Anmeldung und Zugang unserer in Textform mitgeteilten Entscheidung bei Ihnen nicht mit, soweit dieser Zeitraum nach Beginn der Verjährung liegt.

## Übersicht der monatlichen Beiträge in den jeweiligen Altersgruppen

Wir haben den folgenden Tarif nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Tarife nach Art der Schadenversicherung sind reine Risikotarife. Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Wir berechnen den Beitrag in diesen Tarifen nach Altersgruppen. Bei Erreichen einer neuen Altersgruppe haben Sie den jeweiligen Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel eine Beitragssteigerung zur Folge. Die Beiträge können sich auch durch eventuell erforderliche Beitragsanpassungen ändern.

| Alter der versicherten Person | Tarif ZBE (Stand: 01.05.2023) |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 0 – 20                        | 1,90 €                        |
| 21 – 30                       | 6,80 €                        |
| 31 – 40                       | 6,80 €                        |
| 41 – 50                       | 6,80 €                        |
| 51 – 60                       | 6,80 €                        |
| 61 – 70                       | 6,80 €                        |
| 71 – 80                       | 6,80 €                        |
| 81 – 90                       | 6,80 €                        |
| ab 91                         | 6,80 €                        |