Versicherungsbedingungen für Tarif MeinGesundheitsschutz Zahn 90

Inhalt

1. Versicherungsnehmer und versicherte Person

2. Versicherte Leistungen

2.1 Leistungserbringer und Honorargrenzen
2.2 Leistungsgrenzen in den ersten 3 Jahren
2.3 Zahnbehandlung und Prophylaxe
2.4 Gnathologie, Inlays und Zahnersatz
2.5 Implantate
2.6 Kieferorthopädie
2.7 Bleaching
2.8 Digitale Gesundheitsanwendungen
2.9 Weitere zahnmedizinische Versorgung
2.10 Leistungen im Ausland
2.11 Leistungsausschlüsse und -reduzierung
2.12 Der Versicherungsfall - Grundlage unserer Leistung
2.13 Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
2.14 Umfang des Versicherungsschutzes

3. Allgemeines zu unseren Zahlungen

3.1 Kostenbegriff
3.2 Zeitpunkt der Kosten
3.3 Recht auf die Leistungen
3.4 Nachweise, damit wir zahlen können
3.5 Hier müssen andere zuerst zahlen

4. Ihre vertraglichen Verhaltenspflichten

5. Voraussetzungen für die Versicherung

6. Beitrag und Beitragsänderungen

6.1 Beitragszahlung
6.2 Beitragsänderungen
6.3 Recht auf Beitragsbefreiung
6.4 Garantierte Beitragsrückerstattung

7. Weitere Vertragsänderungen

7.1 Tarifwechsel
7.2 Versicherung von Kindern

8. Vertragsende und Fortsetzung

8.1 Kündigung
8.2 Anspruch auf Übertragungswert
8.3 Wegzug
8.4 Tod
8.5 Fortsetzung

9. Sonstige Regelungen

9.1 Auskunft und Offenlegung
9.2 Ausländisches Geld
9.3 Kosten, die wir abziehen können
9.4 Verrechnung von Zahlungen
9.5 Deutsches Recht
9.6 Beschwerdemöglichkeiten

10. Verzeichnis zu Prophylaxe-Leistungen

1. Versicherungsnehmer und versicherte Person

Sie sind unser Vertragspartner. Deshalb wenden sich die Vertragsbedingungen an Sie als Versicherungsnehmer. Die Person, die vereinbarungsgemäß unmittelbar unter den Versicherungsschutz fällt, ist die versicherte Person. Das können Sie selbst oder andere Personen sein, für die Sie den Vertrag abgeschlossen haben. Im Versicherungsschein ist angegeben, wer versicherte Person ist.

2. Versicherte Leistungen

2.1 Leistungserbringer und Honorargrenzen

Versicherte Leistungserbringer und Honorargrenzen	Umfang	Ausnahmen
Leistungserbringer	Sie haben die freie Wahl unter allen Ärzten und Zahnärzten, die zur Ausübung der Heilkunde berechtigt und niedergelassen sind. Ebenfalls versichert sind: • Institute, die auf ärztliche oder zahnärztliche Veranlassung Laborleistungen oder bildgebende Verfahren (etwa Röntgen) durchführen. • Krankenhaus-Ambulanzen. • medizinische Versorgungszentren. Sie haben die freie Wahl unter allen Krankenhäusern • mit staatlicher Förderung. Das sind etwa Universitätskliniken sowie städtische und kirchliche Krankenhäuser. • ohne staatliche Förderung (Privatkliniken).	Wir zahlen keine Behandlungen durch Ehepartner, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Wir übernehmen in diesem Fall die Sachkosten und Auslagen des Leistungserbringers. Wir zahlen auch nicht für einzelne Leistungserbringer, die wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben. Wir informieren Sie in diesem Fall über den Ausschluss von der Kostenerstattung. Erst dann gilt er für Sie. Wenn Sie diese Information erst erhalten, während Sie bereits behandelt werden, erstatten wir noch die Kosten für Behandlungen in den ersten 3 Monaten nach unserer Information.
Honorar- und Preisgrenzen	Die Vergütung für ärztliche und zahnärztliche Leistungen muss nach den Gebührenordnungen für Ärzte oder Zahnärzte berechnet werden. Wir erstatten diese Kosten auch über den Höchstsatz der gesetzlichen Gebührenordnung hinaus. Sonstige Kosten in Deutschland übernehmen wir, soweit sie nicht höher sind als bundesweit üblich. Kosten im Ausland sind versichert, soweit sie dort ortsüblich sind.	Wir erstatten keine unangemessen hohe Vergütung. Kosten nach gesetzlichem Vergütungsrecht sind angemessen, soweit sie nach den gesetzlichen Bemessungskriterien gerechtfertigt sind.
Unser Tipp: Heil- und Kostenplan	Damit Sie früh Klarheit über die Höhe unserer Erstattung haben, empfehlen wir, uns einen Heil- und Kostenplan zu geben. Das gilt bei: • Zahnersatz. • Inlays. • Implantaten. • Kieferorthopädie. Wir informieren Sie so schnell wie möglich über den Umfang unserer Erstattung. Kosten für den Heil- und Kostenplan erstatten wir zu dem Prozentsatz, der für die Behandlung vereinbart ist.	

2.2 Leistungsgrenzen in den ersten 3 Jahren

Leistungsgrenzen	Umfang	Ausnahmen
Maximale Gesamtbeträge ab Versicherungsbeginn	Alle Leistungen nach diesem Tarif erstatten wir in den ersten 3 Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn maximal bis zu diesen Gesamtbeträgen:	Die maximalen Gesamtbeträge gelten nicht bei einem Unfall. Sie gelten aber, wenn

	• 1.000 Euro während des ersten Kalenderjahrs. • 2.000 Euro während der ersten 2 Kalenderjahre. • 3.000 Euro während der ersten 3 Kalenderjahre.	• ein Zahn beim Essen geschädigt wird (etwa Biss auf einen Kirschkern). • herausnehmbarer Zahnersatz beim Reinigen beschädigt wird.

2.3 Zahnbehandlung und Prophylaxe

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Allgemeine zahnärztliche Leistungen (ohne Inlays) - 100 Prozent der Kosten.	Wir erstatten die Kosten für allgemeine zahnärztliche Leistungen. Kosten für Inlays erstatten wir nach Ziffer 2.4.	
Konservierende Leistungen (ohne Inlays) - 100 Prozent der Kosten.	Wir erstatten die Kosten für konservierende Leistungen einschließlich: • Kunststoff-Füllungen. • Komposit-Füllungen. • Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen. • dazugehörende Vor- und Nachbehandlungen. Kosten für Inlays erstatten wir nach Ziffer 2.4.	
Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums - 100 Prozent der Kosten.	Wir erstatten die Kosten für Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Zahnhalte-Apparats (Parodontiums). Dazu gehören auch: • die VECTOR-Technologie. • die Schleimhaut-Transplantation. • der Bakterien-/DNA-Test. • die mikrobiologische Diagnostik (Speicheltest). • das Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Knochen oder Knochen-Ersatzmaterial. • die gesteuerte Gewebe-Regeneration, mit der das Wachstum von geschädigtem Gewebe des Zahnhalte-Apparats gefördert wird. • der zusätzliche Einsatz eines Operations-Mikroskops oder Lasers. • dazugehörende Vor- und Nachbehandlungen.	
Prophylaxe - 100 Prozent der Kosten.	Wir erstatten die Kosten für prophylaktische Leistungen einschließlich professioneller Zahnreinigung. Dazu gehören etwa: • die Fissuren-Versiegelung. • die Entfernung der Beläge auf Zahn- und Wurzel-Oberflächen. • die Reinigung der Zahn-Zwischenräume. • die Oberflächen-Politur. • geeignete Fluoridierungs-Maßnahmen. Sie haben die Möglichkeit, an "MeinVorsorgeprogramm" teilzunehmen. Das bedeutet, dass wir die Kosten für die in Ziffer 10 genannten Prophylaxe-Leistungen bis zu den dort genannten Höchstbeträgen erstatten, ohne dies bei den maximalen Gesamtbeträgen nach Ziffer 2.2 anzurechnen. Außerdem schließt die Erstattung nach diesem Programm nicht	Wenn Sie an "MeinVorsorgeprogramm" teilnehmen möchten, reichen Sie den Kostenbeleg über unsere Rechnungseinreichungs-App ein und kennzeichnen Ihren Wunsch. Oder: Sie lassen sich die Prophylaxe-Leistung von Ihrem Zahnarzt auf unserem Coupon bestätigen. Legen Sie uns dann nur diesen vor.

	den Anspruch auf Beitragsrückerstattung nach Ziffer 6.4 aus.	
Zahnchirurgische Leistungen - 100 Prozent der Kosten.	Wir erstatten die Kosten für zahnchirurgische Leistungen einschließlich: • Wurzelkanal-Behandlungen. • Wurzelspitzen-Resektionen. • des zusätzlichen Einsatzes eines Operations-Mikroskops oder Lasers. • dazugehörender Vor- und Nachbehandlungen.	

2.4 Gnathologie, Inlays und Zahnersatz

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Gnathologie - 90 Prozent der Kosten.	Wir erstatten die Kosten für: • funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen am Kauapparat (Gnathologie) einschließlich Aufbiss-Behelfen und Schienen. • dazugehörende Vor- und Nachbehandlungen.	
Inlays - 90 Prozent der Kosten.	Wir erstatten die Kosten für: • Inlays (Einlage-Füllungen), etwa aus Kunststoffen, Edelmetallen, Keramik-Material (auch auf Goldgerüst) und Glas-Keramik. • dazugehörende Vor- und Nachbehandlungen.	
Zahnersatz - 90 Prozent der Kosten.	Wir erstatten die Kosten für: • prothetische Leistungen einschließlich Brücken, Stift-Zähnen, Kronen, Teilkronen und Keramik-Verblendschalen (Veneers), Kunststoff- und Keramik-Verblendungen für alle Zähne sowie auf Implantaten sitzendem Zahnersatz. • den zusätzlichen Einsatz eines Operations-Mikroskops oder Lasers. • dazugehörende Vor- und Nachbehandlungen.	

2.5 Implantate

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Implantate - 90 Prozent der Kosten.	Wir erstatten die Kosten für: • implantologische Leistungen. • dazugehörende chirurgische Leistungen (etwa Knochenaufbau). • den zusätzlichen Einsatz eines Operations-Mikroskops oder Lasers. • dazugehörende Vor- und Nachbehandlungen.	

2.6 Kieferorthopädie

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Kieferorthopädie - 90 Prozent der Kosten.	Wir erstatten die Kosten für kieferorthopädische Leistungen einschließlich unter anderem	Wir erstatten Kosten für Kieferorthopädie bis zum 21. Geburtstag. Diese Grenze gilt nicht bei: • Kieferorthopädie wegen eines Unfalls. Als Unfall gilt nicht, wenn ein

	• Keramik-, Mini-, selbstligierender Brackets. • superelastischer, thermoelastischer, farbloser Bögen. • unsichtbarer Zahnschienen. • Lingualtechnik.	Zahn beim Essen beschädigt wird (etwa Biss auf einen Kirschkern). • einer schweren Erkrankung im Rahmen einer kombiniert kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung. Schwere Erkrankungen sind eine angeborene Missbildung des Gesichts oder des Kiefers, eine skelettale Dysgnathie oder eine verletzungsbedingte Fehlstellung.

2.7 Bleaching

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

2.8 Digitale Gesundheitsanwendungen

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Digitale Gesundheitsanwendungen - 100 Prozent der Kosten.	Wir erstatten die Kosten für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen. Diese sind Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung. Ihre Hauptfunktion beruht wesentlich auf digitalen Technologien und sie sind dazu bestimmt, Ihre Gesundheit zu fördern oder die Erkennung, Überwachung und Behandlung Ihrer Krankheiten zu unterstützen. Wir leisten nicht für Sachen und sonstige Gegenstände, die für die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung eingesetzt werden. Hierzu zählen insbesondere Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten etwa für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien.	Dafür muss eine dieser Voraussetzungen erfüllt sein: • Die digitale Gesundheitsanwendung ist von einem in Ziffer 2.1 genannten Leistungserbringer verordnet worden. • Die digitale Gesundheitsanwendung ist im Verzeichnis nach § 139 e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch enthalten. • Wir haben die Erstattungsfähigkeit anerkannt, weil wir die digitale Gesundheitsanwendung für Ihre Behandlung für sinnvoll halten.

2.9 Weitere zahnmedizinische Versorgung

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Arznei- und Verbandmittel	Wir erstatten die Kosten für: • Arzneimittel, die nach dem Arzneimittel-Gesetz zugelassen sind. • Verbandmittel. Als Arzneimittel gelten nicht Nährmittel und -stoffe, Nahrungsergänzungsmittel und Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, sowie kosmetische Präparate. Wir erstatten die Kosten zu dem Prozentsatz, der für die zahnmedizinische Leistung gilt, in deren Zusammenhang die Arznei- und Verbandmittel verordnet werden.	Diese Mittel müssen von einem in Ziffer 2.1 genannten Leistungserbringer verordnet und zur Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten medizinisch notwendig sein. Arzneimittel müssen zudem in der Apotheke gekauft werden.
Schmerzlindernde Behandlung	Wir erstatten die Kosten für schmerzlindernde Behandlungen, insbesondere:	Die Leistungen sind nach diesem Tarif versichert, wenn sie von einem in Ziffer 2.1 genannten Zahnarzt durchgeführt werden. Werden sie stattdessen von einem Arzt oder Heilpraktiker

	• Akupunktur. • Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf). • Hypnose. • Lachgas-Sedierung. • Vollnarkose. Wir erstatten die Kosten zu dem Prozentsatz, der für die zahnmedizinische Leistung gilt, in deren Zusammenhang die schmerzlindernde Behandlung durchgeführt wird.	erbracht, besteht Versicherungsschutz nach den Versicherungsbedingungen für Tarif MeinGesundheitsschutz Plus oder MeinGesundheitsschutz Best.
Zahntechnische Leistungen	Wir erstatten die Kosten für die bundesweit üblichen Preise für zahntechnische Leistungen. Wir erstatten die Kosten zu dem Prozentsatz, der für die zahnmedizinische Leistung gilt, in deren Zusammenhang die zahntechnischen Leistungen erbracht werden.	

2.10 Leistungen im Ausland

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Auslandsbehandlungen	Wir erstatten die ortsüblichen Kosten zu den Prozentsätzen, die für eine Behandlung in Deutschland gelten, ohne die Begrenzung auf deutsche Gebührensätze. Es gelten jedoch die maximalen Gesamtbeträge nach Ziffer 2.2. Wir erstatten auch Kosten für Krankheiten - einschließlich chronische - oder Unfallfolgen, die Sie bereits zu Reisebeginn haben. Das gilt auch dann, wenn sich diese später verschlimmern.	
Spezielle Services	Im Versicherungsfall erhalten Sie auf Wunsch folgende Services: • Wir sind das ganze Kalenderjahr 24 Stunden pro Tag telefonisch für Sie erreichbar. • Wir nennen und vermitteln Zahnärzte und Kliniken im Ausland. • Bei einem Krankenhaus-Aufenthalt kontaktieren wir Ihre ausländischen Zahnärzte. Wir übersetzen die Angaben zur Krankheit und die therapeutischen Maßnahmen in allen gängigen Welt-Sprachen. • Wir beauftragen einen Zahnarzt. Er stellt Kontakt zwischen Ihrem Zahnarzt und Ihren ausländischen Zahnärzten her. Bei einem Krankenhaus-Aufenthalt sorgen wir für den Informationsaustausch zwischen ihnen. Dabei kommunizieren wir in allen gängigen Welt-Sprachen. • Wir informieren Ihre Angehörigen. • Wir garantieren dem Krankenhaus, was wir zahlen. Wir zahlen direkt an das Krankenhaus und seine Zahnärzte.	
Versicherte Länder Europa	Wir zahlen für Leistungen in ganz Europa.	

Nichteuropäische Länder	Wir zahlen bei vorübergehenden Aufenthalten von bis zu 12 Monaten in außereuropäischen Staaten. Wenn Sie aus medizinischen Gründen länger behandelt werden müssen, zahlen wir, bis Sie wieder zurückreisen können, ohne Ihre Gesundheit zu gefährden. Wenn Sie aus anderen Gründen, die Sie nicht zu vertreten haben (etwa Flugausfälle wegen Pandemie), nicht nach Hause zurückkehren können, zahlen wir auch, bis Sie zurückreisen können. Wir zahlen auch für längere Aufenthalte. Sie können von uns verlangen, dass wir den Versicherungsschutz um bis zu weitere 10 Jahre verlängern. Eine solche Verlängerung vereinbaren wir mit Ihnen gesondert. Dabei kann auch vereinbart werden, dass wir für längere Aufenthalte als 10 Jahre zahlen. Wir dürfen für die Verlängerung einen Beitragszuschlag verlangen. Die Höhe hängt vom Aufenthaltsland ab. Er endet mit Ablauf der Verlängerung (etwa bei Rückkehr nach Europa).	Für die Verlängerung müssen Sie uns sagen, dass Sie diese wollen, bevor die 12 Monate abgelaufen sind.
Hinweis bei Wegzug	Wenn die versicherte Person aus der Europäischen Union oder dem Europäischen Wirtschaftsraum wegzieht, vergleichen Sie dazu bitte Ziffer 8.3.	

2.11 Leistungsausschlüsse und -reduzierung

Grund	Ausschluss	Erläuterungen
Wehrdienst-Beschädigung	Wir zahlen nicht für anerkannte Wehrdienst-Beschädigungen.	
Übermaß-Behandlung	Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Dafür muss eine Übermaß-Behandlung vorliegen.	Eine Übermaß-Behandlung ist eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, die das medizinisch notwendige Maß übersteigt (bitte vergleichen Sie dazu Ziffer 2.12).

2.12 Der Versicherungsfall - Grundlage unserer Leistung

Damit wir leisten, müssen Sie sich in einer Heilbehandlung wegen einer Krankheit oder Unfallfolge befinden.

Die Behandlung muss medizinisch notwendig sein. Medizinisch notwendig bedeutet: Die Behandlung eignet sich für den Behandlungserfolg. Und sie ist erforderlich. Beides muss man zum Zeitpunkt der Behandlung bejahen können - nach objektiven medizinischen Kriterien und wissenschaftlichen Erkenntnissen.

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

Der Versicherungsfall beginnt, wenn Sie sich wegen der Krankheit oder des Unfalls erstmals behandeln oder untersuchen lassen. Das gilt auch, wenn noch keine oder keine richtige Diagnose existiert. Der Versicherungsfall endet, wenn Sie aus medizinischen Gründen keine Behandlung mehr benötigen.

Ein neuer Versicherungsfall beginnt, wenn Sie während der Behandlung auch wegen einer anderen Krankheit oder Unfallfolge behandelt werden müssen. Das setzt voraus, dass die Krankheit oder Unfallfolge mit der bereits behandelten nicht zusammenhängt.

2.13 Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

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

Das gilt auch für solche Methoden und Arzneimittel, die es heute noch nicht gibt und die erst in Zukunft anerkannt werden. Ihr Versicherungsschutz passt sich automatisch an solche Innovationen an. Sie müssen dafür nichts tun (Innovationsgarantie).

Wir zahlen zudem für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können dann auf den Betrag kürzen, der für eine schulmedizinische Methode oder ein solches Arzneimittel angefallen wäre.

2.14 Umfang des Versicherungsschutzes

2.14.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt ohne Wartezeiten zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie den ersten Beitrag pünktlich zahlen. Zahlen Sie diesen erst später, startet der Versicherungsschutz erst, wenn wir den Beitrag erhalten haben.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Ausnahme: Wenn der Versicherungsfall eintritt, nachdem Sie den Tarif abschlossen haben, zahlen wir für den Teil, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt.

2.14.2 Bestandteile des Vertrags

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

2.14.3 Ende des Versicherungsschutzes

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

3. Allgemeines zu unseren Zahlungen

3.1 Kostenbegriff

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

3.2 Zeitpunkt der Kosten

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

3.3 Recht auf die Leistungen

Sie als unser Vertragspartner haben Anspruch auf die Versicherungsleistungen. Die Regelungen über unsere Leistungen beziehen sich jedoch auf die versicherte Person. Anspruchsberechtigt bleiben aber Sie.

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

Sofern Sie Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte abtreten, müssen Sie uns dies unverzüglich anzeigen.

Es ist auch ausreichend, wenn der Abtretungsgläubiger uns die Abtretungsurkunde vorlegt. Abtretungsgläubiger ist die Person, die durch die Abtretung die Forderung auf Versicherungsleistungen erhalten hat. Wir benötigen regelmäßig nicht das Original der Abtretungsurkunde. Vielmehr reicht grundsätzlich etwa eine Kopie, Zweitschrift, ein Scan oder ein Foto von der Urkunde aus.

Solange uns die Abtretung nicht in einer dieser beiden Alternativen angezeigt worden ist, müssen wir nicht an den Abtretungsgläubiger leisten. In diesem Fall können wir die Forderung weiterhin erfüllen, indem wir an Sie leisten.

Diese Vorgaben und Rechtsfolgen ergeben sich aus dem Gesetz. Sie haben keinen Einfluss auf die rechtliche Zulässigkeit oder Wirksamkeit der Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte.

3.4 Nachweise, damit wir zahlen können

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

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

Solche Nachweise sind vor allem Rechnungen (auch unbezahlte). Sie erfordern mindestens diesen Inhalt:
- Name der behandelten Person.
- Bezeichnung der Krankheit oder Unfallfolge.
- Art der Leistungen.
- Behandlungs- oder Kaufdaten.

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

3.5 Hier müssen andere zuerst zahlen

Wenn Sie Ansprüche gegen einen anderen Kostenträger haben, gehen diese unserer Zahlung vor. Andere Kostenträger sind:
- gesetzliche Unfall- oder Rentenversicherung.
- gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge.

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

4. Ihre vertraglichen Verhaltenspflichten

Wenn Sie für Ihre Behandlung auch bei einer anderen privaten Krankenversicherung Ansprüche haben, müssen Sie uns so schnell wie möglich informieren.

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

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

Die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich. Die Verhaltenspflichten müssen deshalb nicht nur von Ihnen erfüllt werden, sondern auch von der versicherten Person.

5. Voraussetzungen für die Versicherung

Die versicherte Person ist nach diesem Tarif versicherbar, solange für sie eine Krankheitskosten-Versicherung nach Tarif MeinGesundheitsschutz Plus oder MeinGesundheitsschutz Best besteht. Die Versicherung endet für die versicherte Person zum Ende des Monats, in dem sie diese Voraussetzung letztmalig erfüllt.

6. Beitrag und Beitragsänderungen

6.1 Beitragszahlung

6.1.1 Monatsbeitrag

Sie müssen einen Monatsbeitrag zahlen. Dieser steht in Ihrem aktuellen Versicherungsschein.

Wir berechnen ihn geschlechtsunabhängig nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz und den Grundsätzen, die in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt sind.

6.1.2 Zahlungstermine

Sie müssen den ersten Beitrag zum Versicherungsbeginn zahlen. Das Datum steht im Versicherungsschein.

Die folgenden Beiträge müssen Sie immer zum Monatsersten zahlen.

6.1.3 Zahlung per Lastschrift

Ist mit Ihnen vereinbart, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), müssen Sie uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen. Wir können verlangen, dass Sie es in Textform (etwa Brief, E-Mail) erteilen.

6.1.4 Ausnahme Tagesbeitrag

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

Wenn wir wegen einer Verletzung Ihrer Anzeigepflicht nach § 19 Versicherungsvertragsgesetz vom Vertrag zurücktreten oder ihn wegen arglistiger Täuschung anfechten, müssen Sie den Beitrag jedoch bis zu dem Zeitpunkt zahlen, zu dem Ihnen unsere Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zugeht.

6.2 Beitragsänderungen

6.2.1 Altersabhängiger Beitrag

Ab Beginn des Monats, der auf den 16. oder 21. Geburtstag der versicherten Person folgt, müssen Sie den Beitrag zahlen, der im Tarif für die nächste Altersstufe vorgesehen ist.

Bei einer Änderung der Beiträge können wir auch einen vereinbarten Risikozuschlag entsprechend ändern.

6.2.2 Änderung von Rechnungsgrundlagen

Wir haben das Recht, den Beitrag während der Vertragslaufzeit anzupassen. Dafür müssen die Voraussetzungen nach § 203 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz erfüllt sein. Die dafür nötige Gegenüberstellung muss eine Abweichung von mehr als 5 Prozent ergeben.

Für diese Auswertung werden die versicherten Personen nach ihrem Alter in sogenannte Beobachtungseinheiten unterteilt: in Kinder und Jugendliche (bis einschließlich 20 Jahre) und Erwachsene (ab 21 Jahre). Wir überprüfen und passen jede Beobachtungseinheit getrennt an.

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

Bei einer Änderung der Beiträge können wir auch einen vereinbarten Risikozuschlag entsprechend ändern.

6.3 Recht auf Beitragsbefreiung

6.3.1 Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld oder Elternzeit

In den folgenden Fällen können Sie für die versicherte Person eine vorübergehende Beitragsbefreiung verlangen:
- Diese Person bezieht Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz. Oder:
- Sie nimmt Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz, hat jedoch für die gesamte Dauer der Elternzeit keinen Anspruch auf Elterngeld. Dies gilt bis längstens 24 Monate nach der Geburt des Kindes.

Die vorübergehende Beitragsbefreiung bedeutet, dass Sie in dieser Zeit keine Beiträge für den Tarif zahlen müssen. Dazu gehört auch der gesetzliche Beitragszuschlag. Wenn Sie eine garantierte Beitragsentlastung im Alter vereinbart haben, müssen Sie jedoch den monatlichen Zusatzbetrag für die Entlastung weiterzahlen. Außerdem behalten Sie auch während der Beitragsbefreiung Ihren vollen Anspruch auf die Leistungen.

Das Recht auf Beitragsbefreiung setzt voraus, dass für die versicherte Person mindestens 8 Monate ununterbrochen bei uns eine Krankheitskosten-Vollversicherung (§ 146 Absatz 1 Versicherungsaufsichtsgesetz) besteht. Diese muss das Recht auf Beitragsbefreiung vorsehen. Der 8-Monats-Zeitraum muss bei Geburt des Kindes, für das Elterngeld bezogen oder Elternzeit genommen wird, vollendet sein.

Die Beitragsbefreiung ist ausgeschlossen, wenn
- der Tarif auf eine Anwartschaftsversicherung umgestellt ist.
- Sie mit der Zahlung des Beitrags für die versicherte Person, den verzugsbedingten Zinsen oder Beitreibungskosten im Rückstand sind.

Die Beitragsbefreiung gilt ab dem Monat, der auf den Beginn des Bezugs des Elterngelds oder der Elternzeit folgt. Beziehen Sie das Elterngeld bereits ab dem Ersten eines Monats oder beginnt Ihre Elternzeit an einem solchen Tag, gilt die Beitragsbefreiung bereits ab diesem Monat. Sie endet spätestens zum Ende des Monats, für den das Elterngeld letztmalig gezahlt wird oder in dem die Elternzeit endet. Sie müssen ab dem nächsten Monat den dann gültigen Beitrag zahlen.

Sie können die Beitragsbefreiung bei jedem Kind, für das Elterngeld bezogen oder Elternzeit genommen wird, insgesamt für längstens 6 Monate verlangen. Das gilt auch, wenn die Beitragsbefreiung mehrfach vereinbart wird. Wenn Sie Zwillinge oder Mehrlinge haben, können Sie die Beitragsbefreiung wie für ein Kind verlangen.

6.3.2 Beitragsbefreiung bei Versicherung von Kindern

Wenn Sie ein Kind nach Ziffer 7.2 in diesem Tarif versichern, können Sie für dieses eine vorübergehende Beitragsbefreiung verlangen. Das bedeutet:
- Sie müssen in dieser Zeit keine Beiträge für den Tarif des Kindes zahlen.
- Sie behalten auch während der Beitragsbefreiung Ihren vollen Anspruch auf die Leistungen.

Die Beitragsbefreiung ist ausgeschlossen, wenn
- der Tarif auf eine Anwartschaftsversicherung umgestellt ist.
- Sie mit der Zahlung des Beitrags für den versicherten Elternteil, den verzugsbedingten Zinsen oder Beitreibungskosten im Rückstand sind.

Die Beitragsbefreiung gilt für den Monat, in dem das Kind (auch das Adoptivkind) geboren wurde, sowie die darauffolgenden 6 Monate. Ab dem siebten Monat, der auf die Geburt folgt, müssen Sie den dann gültigen Beitrag für das Kind zahlen.

6.3.3 Beitragsänderungen während der Beitragsbefreiung

Beitragsänderungen werden auch während der Zeit der Beitragsbefreiung wirksam. Das bedeutet:
- Der Beitrag ändert sich zum gesetzlich vorgesehenen oder vertraglich vereinbarten Zeitpunkt. Sie müssen den geänderten Beitrag aber erst nach dem Ende der Beitragsbefreiung zahlen.
- Soweit Kündigungsrechte daran anknüpfen, dass Sie zu dem Zeitpunkt kündigen können, zu dem Sie mehr zahlen müssen, bezieht sich dies auf den Zeitpunkt, zu dem die Beitragsänderung vertraglich wirksam wird.

6.4 Garantierte Beitragsrückerstattung

Wir zahlen Ihnen jährlich 10 Prozent des Beitrags zurück, den Sie für die versicherte Person im vorangegangenen Kalenderjahr für diesen Tarif gezahlt haben. Dabei berücksichtigen wir den gesetzlichen Beitragszuschlag nicht. Wenn Sie eine garantierte Beitragsentlastung im Alter vereinbart haben, berücksichtigen wir auch den Zusatzbetrag dafür nicht.

Wir zahlen die Beitragsrückerstattung nach dem 30. Juni des Folgejahrs aus.

Die Beitragsrückerstattung setzt voraus, dass wir für die versicherte Person aus der Krankheitskosten-Versicherung für das gesamte

vorangegangene Kalenderjahr keine Leistungen erbracht haben. Davon ausgenommen sind Leistungen, die Sie über "MeinVorsorgeprogramm" in Anspruch genommen haben.

Außerdem muss für die versicherte Person am 30. Juni des Folgejahrs bei uns noch eine Krankheitskosten-Vollversicherung (§ 146 Absatz 1 Versicherungsaufsichtsgesetz) bestehen. Wir zahlen jedoch auch, wenn diese zwischen dem 31. Dezember des vorangegangenen Kalenderjahrs und dem 30. Juni des Folgejahrs endet, weil die versicherte Person stirbt oder in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig wird.

Die Beitragsrückerstattung ist ausgeschlossen, wenn
- der Tarif im vorangegangenen Kalenderjahr auf eine Anwartschaftsversicherung umgestellt war.
- Sie bis zum 30. Juni des Folgejahrs mit der Zahlung des Beitrags für die versicherte Person, den verzugsbedingten Zinsen oder Beitreibungskosten im Rückstand sind.

7. Weitere Vertragsänderungen

7.1 Tarifwechsel

Sie können nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz den Versicherungsschutz ändern. Eine Umstellung in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz ist aber ausgeschlossen.

Wenn Sie nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz in den Tarif MeinGesundheitsschutz Zahn 90 gewechselt sind, berücksichtigen wir das wie folgt:
- Wir rechnen die Versicherungsdauer im bisherigen Tarif auf die Dauer der Höchstbeträge an, die im Tarif MeinGesundheitsschutz Zahn 90 vereinbart sind.
- Wir rechnen die Leistungen, die wir im bisherigen Tarif erbracht haben, auf die Kostenerstattung bis zu den Höchstbeträgen an, die im Tarif MeinGesundheitsschutz Zahn 90 vereinbart sind.

7.2 Versicherung von Kindern

7.2.1 Neugeborene

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

Dafür müssen diese 2 Voraussetzungen erfüllt sein:
- Ein Elternteil ist am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert. Wenn wir diesen Vertrag schon vor dem Versicherungsbeginn geschlossen hatten, rechnen die 3 Monate bereits ab Vertragsschluss.
- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach seiner Geburt bei uns an.

7.2.2 Adoptivkinder

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

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

Für die Nachversicherung müssen diese 2 Voraussetzungen erfüllt sein:
- Ein Elternteil ist am Tag der Adoption mindestens 3 Monate bei uns versichert.
- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach der Adoption bei uns an.

7.2.3 Umfang des Versicherungsschutzes

Bei der Nachversicherung nach den Ziffern 7.2.1 und 7.2.2 darf der Versicherungsschutz des Kindes nicht höher oder umfassender sein als für den Elternteil, der bei uns versichert ist.

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

Für Neugeborene gilt außerdem: Das Kind kann auch in einem leistungsstärkeren Tarif mit der Bezeichnung MeinGesundheitsschutz Zahn versichert werden. Das gilt jedoch nicht, wenn für den Tarif des Kindes Annahmevergünstigungen gelten (etwa bei Gruppenversicherungsverträgen).

8. Vertragsende und Fortsetzung

8.1 Kündigung

Wir haben kein ordentliches Kündigungsrecht.

Sie können folgendermaßen kündigen:

8.1.1 Form und Rechtzeitigkeit sowie Information der versicherten Person

Sie müssen in Textform (etwa Brief, E-Mail) kündigen. Mündlich oder telefonisch reicht nicht aus.

Wenn Sie eine Kündigungsfrist oder Frist für einen Nachweis verpassen, ist die Kündigung unwirksam.

Kündigen Sie den Vertrag für eine versicherte Person, ist dies nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die versicherte Person davon weiß.

8.1.2 Gesetzliche Krankenversicherung oder Heilfürsorge

Sie können für eine versicherte Person kündigen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig wird. Der Vertrag endet rückwirkend zum Beginn der Versicherungspflicht. Dazu müssen wir Ihre Kündigung innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht erhalten.

Wenn wir Sie hierzu auffordern, müssen Sie die Versicherungspflicht innerhalb von 2 Monaten nachweisen. Die 2-Monatsfrist beginnt, sobald Sie unsere Aufforderung in Textform (etwa Brief, E-Mail) erhalten. Wenn wir den Nachweis erst später bekommen und Sie dafür nichts können, ist Ihre Kündigung aber wirksam.

Kündigen Sie erst nach 3 Monaten, endet der Vertrag mit Ablauf des Monats, in dem Sie uns den Eintritt der Versicherungspflicht nachweisen.

In den folgenden Fällen haben Sie das gleiche Kündigungsrecht:
- gesetzlicher Anspruch auf Familienversicherung.
- Anspruch auf Heilfürsorge.

8.1.3 Ordentliche Kündigung

Sie können die Kündigung auf einzelne versicherte Personen beschränken. Wir müssen Ihre Kündigung spätestens am 30. September des Kalenderjahrs erhalten, zu dessen Ende Sie kündigen wollen.

Sie können frühestens zum Ende des zweiten Kalenderjahrs kündigen (2-jährige Mindestlaufzeit). Danach können Sie zu jedem Jahresende kündigen.

Wir rechnen bei einem Tarifwechsel die Dauer der vorherigen Versicherung auf die Mindestlaufzeit an.

8.1.4 Altersbedingte Beitragsänderung

Wenn sich der Beitrag wegen des Alters erhöht, können Sie für die Person kündigen, für die Sie mehr zahlen müssen. Wir müssen Ihre Kündigung innerhalb von 2 Monaten nach der Beitragserhöhung erhalten. Der Vertrag endet zu dem Termin, ab dem Sie mehr zahlen müssen.

8.1.5 Erhöhung von Beitrag oder Risikozuschlag sowie Minderung unserer Leistungen

Erhöhen wir den Beitrag oder einen Risikozuschlag wegen einer Änderung von Rechnungsgrundlagen, können Sie für die Person kündigen, für die Sie mehr zahlen müssen. Sie können auch kündigen, wenn wir den Umfang des Versicherungsschutzes verringern.

In beiden Fällen gilt:
- Wir müssen Ihre Kündigung innerhalb von 2 Monaten erhalten, nachdem wir Ihnen die Vertragsänderung mitgeteilt haben.
- Der Vertrag endet zu dem Tag, an dem die Vertragsänderung (Beitragserhöhung oder Leistungsminderung) wirksam wird.

8.1.6 Ihr Recht auf Gegenkündigung

Wenn wir nur für eine versicherte Person anfechten, zurücktreten oder außerordentlich kündigen, haben Sie ein Kündigungsrecht. Sie können damit die Aufhebung aller Verträge bei uns verlangen. Wir müssen Ihre Kündigung innerhalb von 2 Wochen nach unserer Vertragserklärung erhalten.

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

8.2 Anspruch auf Übertragungswert

Wenn Sie kündigen und gleichzeitig woanders eine neue Krankheitskosten-Vollversicherung (§ 146 Absatz 1 Versicherungsaufsichtsgesetz) abschließen, haben Sie folgenden Anspruch:

Sie können verlangen, dass wir die Alterungsrückstellung für die versicherte Person an den neuen Versicherer übertragen und zwar in Höhe des Übertragungswerts nach § 146 Absatz 1 Nummer 5 Versicherungsaufsichtsgesetz.

8.3 Wegzug

Der Vertrag gilt für die versicherte Person, solange diese in der Europäischen Union oder im Europäischen Wirtschaftsraum wohnt. Wenn wir nichts anderes vereinbaren, endet er mit Ablauf des Monats, in dem sie aus der Europäischen Union und dem Europäischen Wirtschaftsraum wegzieht.

8.4 Tod

Der Vertrag endet für alle versicherten Personen an dem Tag, an dem der Versicherungsnehmer stirbt. Stirbt eine versicherte Person, endet er für diese an ihrem Todestag.

8.5 Fortsetzung

8.5.1 Fortsetzung nach Ihrer Kündigung

Wenn Sie für einzelne versicherte Personen kündigen, können diese den Vertrag fortsetzen. Dazu müssen sie uns innerhalb von 2 Monaten nach der Kündigung den neuen Vertragspartner nennen.

Wenn Sie für eine versicherte Person kündigen, können Sie beide den Vertrag nach § 204 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz als Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Die Mitteilung müssen wir innerhalb von 2 Monaten nach Ihrer Kündigung erhalten.

8.5.2 Wechsel in gesetzliche Krankenversicherung oder Heilfürsorge

Bei einer Kündigung nach Ziffer 8.1.2 können Sie den Versicherungsschutz in eine Zusatzversicherung umstellen. Das Recht erfasst einen Tarif mit den gleichen Leistungsbereichen wie dieser Tarif.

Wir rechnen erworbene Rechte (etwa Gesundheitszustand) und die Alterungsrückstellung wie bei einem Tarifwechsel an. Für höhere oder umfassendere Leistungen des anderen Vertrags dürfen wir einen Risikozuschlag oder Leistungsausschluss und Wartezeiten verlangen. Hierfür gelten unsere Grundsätze für die Risikobewertung.

Sie können die Umstellung innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der gesetzlichen Absicherung verlangen. Sie können auch später umstellen. Das setzt voraus, dass Sie später als 3 Monate nach Beginn der gesetzlichen Absicherung kündigen. Dann müssen Sie zusammen mit der Kündigung umstellen.

Wir stellen den Versicherungsschutz jeweils zu dem Zeitpunkt um, zu dem dieser Tarif beendet wird.

8.5.3 Vertragstrennung

Wenn Sie den Vertrag für eine andere Person abgeschlossen haben, hat diese Person das Recht, ihren Vertrag selbst fortzusetzen. Dies setzt voraus, dass die versicherte Person voll geschäftsfähig ist.

8.5.4 Tod des Versicherungsnehmers

Stirbt der Versicherungsnehmer, können die versicherten Personen den Vertrag fortsetzen. Dazu müssen sie uns innerhalb von 2 Monaten den neuen Vertragspartner nennen. Die Frist beginnt mit dem Tod des bisherigen Versicherungsnehmers.

8.5.5 Fortsetzung nach Wegzug

Zieht die versicherte Person aus der Europäischen Union und dem Europäischen Wirtschaftsraum weg, können Sie mit uns vor dem Wegzug eine Fortsetzung nach Ziffer 2.10 vereinbaren. Das gilt auch, wenn Sie in ein europäisches Land ziehen, das nicht der Europäischen Union oder dem Europäischen Wirtschaftsraum angehört. Dazu zählt etwa die Schweiz.

Alternativ können wir vereinbaren, dass der Vertrag als Anwartschaftsversicherung fortgesetzt wird.

8.5.6 Rückkehr aus der gesetzlichen Krankenversicherung

Wenn die versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sein soll und diese Versicherung nicht zustande kommt oder vor der erforderlichen Vorversicherungszeit endet, gilt:

Sie und die versicherte Person können nach § 5 Absatz 9 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch die Versicherung bei uns wieder neu abschließen.

Das Recht auf Neuabschluss bedeutet vor allem:
- Wir nehmen den Antrag an.
- Wir machen keine neue Gesundheitsprüfung.
- Wir rechnen die Alterungsrückstellung an, die im früheren Vertrag gebildet worden ist.
- Es gelten die gleichen Vertragsbedingungen wie zur Zeit Ihrer Kündigung.

9. Sonstige Regelungen

9.1 Auskunft und Offenlegung

9.1.1 Auskunft vor Behandlungsbeginn

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

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

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

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

9.1.2 Offenlegung von Unterlagen

Gutachten und Stellungnahmen, die wir besorgt oder angefordert haben, weil wir die Notwendigkeit einer Behandlung prüfen, legen wir auf Wunsch offen. Die berechtigte Person erhält so Auskunft und kann die Unterlagen einsehen.

Den Anspruch hat die Person, auf die sich die Unterlage bezieht. An ihrer Stelle ist ihr gesetzlicher Vertreter berechtigt, die Offenlegung zu verlangen. Wenn erhebliche Gründe dieser Offenlegung entgegenstehen, kann sie nur ein Arzt oder Rechtsanwalt verlangen.

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

9.2 Ausländisches Geld

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

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

9.3 Kosten, die wir abziehen können

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

9.4 Verrechnung von Zahlungen

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

9.5 Deutsches Recht

Es gilt deutsches Recht.

9.6 Beschwerdemöglichkeiten

9.6.1 Beschwerde bei uns oder Ihrem Vermittler

Sollten Sie nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte gerne an uns. Weitere Informationen hierzu sowie Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter www.allianz.de/service/beschwerde/. Sie können Ihre Beschwerde auch an den Versicherungsvermittler richten.

9.6.2 Beschwerde beim Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Sie haben auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung durchzuführen (Anschrift: Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, Website: www.pkv-ombudsmann.de). Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dieser Schlichtungsstelle teil. An den Ombudsmann können sich Versicherungsnehmer und versicherte Personen mit Beschwerden über ihren privaten Kranken- und Pflegeversicherer oder Beschwerden über den Versicherungsvermittler im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen wenden. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen Schlichtungsvorschlag.

9.6.3 Beschwerde bei der Versicherungsaufsicht

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de, Website: www.bafin.de. Im Fall einer Beschwerde können Sie sich auch an diese wenden.

9.6.4 Rechtsweg

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

10. Verzeichnis zu Prophylaxe-Leistungen

Die folgenden Höchstbeträge sind nur für "MeinVorsorgeprogramm" relevant (siehe Ziffer 2.3). Das heißt:

- Wir erstatten die Kosten bis zu diesen Höchstbeträgen, ohne dies bei den maximalen Gesamtbeträgen nach Ziffer 2.2 anzurechnen.
- Sie behalten Ihren Anspruch auf Beitragsrückerstattung nach Ziffer 6.4.

Wenn Sie nicht an "MeinVorsorgeprogramm" teilnehmen, erstatten wir Ihnen die Kosten im Rahmen der Gesamtbeträge nach Ziffer 2.2 über die genannten Höchstbeträge hinaus. Eine Beitragsrückerstattung ist dann ausgeschlossen.

Prophylaxe-Leistung	Anzahl	Höchstbetrag Euro je Leistung
Professionelle Zahnreinigung (PZR).	einmal im Kalenderjahr.	130,00
Kontroll-Untersuchung.	bis zu zweimal im Kalenderjahr.	60,00