

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Zahn-Schutzbrevier (AVB Zahn 2010)

Sie als **Versicherungsnehmer** sind unser Vertragspartner. Versicherte Person können Sie oder jemand anderer sein. Wir als **Versicherer** erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen. Unser Zahn-Schutzbrevier dient nicht dazu, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ganz oder teilweise zu ersetzen, sondern diese zu ergänzen (nicht substitutive Krankenversicherung). Wir betreiben ihn nach Art der Schadenversicherung.

Versicherungsschutz und Leistungsanspruch aus einer deutschen GKV sind Voraussetzung für Leistungen aus unserem Zahn-Schutzbrevier, begründen aber keinen Leistungsanspruch. Wir prüfen den Leistungsanspruch unabhängig von Ihrer GKV.

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?
2. Welche Leistungsbausteine können vereinbart werden?
 - 2.1 Leistungsbaustein Zahnersatz
 - 2.2 Leistungsbaustein Zahnerhalt
3. Welche Personen sind versicherbar?
4. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Der Versicherungsfall

5. Was ist bei oder nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten (Obliegenheiten)?
6. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
7. Wann sind die Leistungen fällig?

Die Versicherungsdauer

8. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsvertrag?

Der Versicherungsbeitrag

9. Was müssen Sie bei der Zahlung des Beitrags beachten?

Weitere Bestimmungen

10. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
11. Können sich Ihre Vertragsbedingungen zukünftig ändern?
12. Wann verjährten die Ansprüche aus dem Vertrag?
13. Welches Gericht ist zuständig?
14. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?
Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?
15. Welches Recht findet Anwendung?

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?

- 1.1 Wir erbringen Leistungen nach diesen Versicherungsbedingungen, wenn bei Ihnen bei bestehendem Versicherungsschutz medizinisch notwendige zahnerhaltende oder Zahnersetzende Maßnahmen erstmals angeraten und dann durchgeführt wurden (Versicherungsfall).
- 1.2 Zusammen mit der Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie den Erstattungen Dritter erhalten Sie maximal 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

Erstattungsfähig sind die im Rahmen einer medizinisch notwendigen Versorgung entstehenden Aufwendungen für zahnerhaltende Maßnahmen oder Zahnersatz, je nach gewähltem Versicherungsumfang. Eine Leistung der GKV allein, begründet keinen Anspruch aus Ihrem Versicherungsvertrag mit uns.

Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist der Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung als Erstattungsbetrag für die Heilbehandlung angesetzt hat. Haben Sie in der GKV eine Selbstbeteiligung gem. § 53 SGB V vereinbart, zählt diese zu den anrechenbaren Leistungen. Die sogenannte Praxisgebühr wird nicht erstattet.

- 1.3 Die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Zahnärzten und Ärzten steht Ihnen 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.

1.4 Der Versicherungsschutz gilt weltweit. In Rechnung gestellte Leistungen von Heilbehandlern 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 fiktiven Vorleistungen der GKV werden in Abzug gebracht. 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.

- 1.5 Für die Leistungen bestehen innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre Leistungsbeschränkungen. So beträgt die Gesamtleistung je versicherter Person und je versichertem Leistungsbaustein:

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

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 Versicherungsschein genannten Beginn. Die Leistungen werden dabei dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung durchgeführt wurde.

2. Welche Leistungsbausteine können vereinbart werden?

Die Leistungsbausteine, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden näher beschrieben.

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsbausteine ergeben sich aus dem Versicherungsschein und seinen Nachträgen.

- 2.1 Leistungsbaustein Zahnersatz

Wir verdoppeln den Festzuschuss der gesetzlichen Krankenkasse bis maximal 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen sowie deren Reparatur, inklusive der gesetzlichen Leistungen und Leistungen Dritter.

Zahnersatz bzw. Zahnersatzmaßnahmen sind

- Kronen,
 - Brücken,
 - Prothesen,
 - implantatgetragener Zahnersatz,
- einschließlich notwendig werdender Reparaturen des Zahnersatzes zur Wiederherstellung dessen Funktionsfähigkeit, der Eingliederung von Provisorien, vorbereitender diagnostischer, therapeutischer, funktions-therapeutischer und funktionsanalytischer Leistungen im unmittelbaren Zusammenhang mit der Zahnersatzmaßnahme, zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien.

- 2.2 Leistungsbaustein Zahnerhalt

Wir zahlen 100% der nach Ziffer 1.2 verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- Einlagefüllungen (Inlays und Onlays),
- Wurzel bzw. Parodontosebehandlungen,
- Kunststofffüllungen,
- Knirscherschienen

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 diesen Bedingungen.

Für zahnmedizinische Individualprophylaxe-Maßnahmen zahlen wir Ihnen die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Betrag von maximal 50,- EUR pro Versicherungsjahr jedoch maximal 100% der Kosten.

Erstattungsfähige Aufwendungen für zahnmedizinische Individualprophylaxemaßnahmen sind Aufwendungen für Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Dazu zählen insbesondere 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,

- Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- Beseitigung von Zahnbeflägen und Verfärbungen,
- Behandlung von überempfindlichen Zahnoberflächen,
- Fissurenversiegelung.

3. Welche Personen sind versicherbar?

Versicherungsfähig und versicherbar sind nur Personen, die bei einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland (Vorleistungsversicherung) versichert sind.

Das Vorhandensein von Versicherungsschutz aus der GKV ist somit Voraussetzung für die Versicherbarkeit. Der Wegfall der Versicherbarkeit ist in Ziffer 8.2 geregelt.

4. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Kein Versicherungsschutz besteht für:

- bei Vertragsschluss bereits begonnene Behandlungen,
- die Kostenübernahme für Zahnersatz für bei Vertragsabschluss fehlende oder nicht ersetzte Zähne,
- Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen,
- kosmetische Zahnbehandlungen (wie z.B. Verblendschalen und Bleaching),
- 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 oder sonstige Leistungen, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen oder die Qualität der bisherigen Versorgung übersteigen,
- über die Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte hinausgehende vereinbarte Abrechnungen,
- Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden erstattet.
- auf Vorsatz beruhende Versicherungsfälle einschließlich deren Folgen,
- implantologische Maßnahmen.

Der Versicherungsfall

5. Was ist bei oder nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten (Obliegenheiten)?

Ohne Ihre Mitwirkung können wir unsere Leistung nicht erbringen. Damit wir den Versicherungsfall prüfen können, bestehen folgende Obliegenheiten:

1. Werden Leistungen geltend gemacht, sind sämtliche Belege (z.B. Zahnarztrechnung, Material- und Laborkostenrechnung etc.) mit Erstattungsvermerk der GKV 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.
2. Sie haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, unserer Leistungspflicht oder des Leistungsumfangs erforderlich ist. Auf unser Verlangen haben Sie die behandelnden Zahnärzte bzw. Ärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und sich durch einen von uns beauftragten Zahnarzt bzw. Arzt untersuchen zu lassen.
3. Besteht ein Erstattungsanspruch gegen Dritte, so sind Leistungen des Dritten in Anspruch zu nehmen und die Zweitschriften der Rechnungen mit Erstattungsvermerk einzureichen.
4. Haben Sie Schadensersatzansprüche 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 schriftlich 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 Schadens in häuslicher Gemeinschaft leben, können wir den Übergang des Ersatzanspruchs nicht geltend machen, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.
5. Sie haben nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
6. **Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?**

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 5 bei oder nach Eintritt des Versicherungsfalles verletzt, können sich erhebliche rechtliche Nachteile ergeben. Dabei gilt: Wird eine der genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben. Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen,

dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

7. Wann sind die Leistungen fällig?

1. Leistungen können nur Sie erhalten. Eine Leistung an behandelnde Zahnärzte oder Ärzte ist nicht möglich. Eine Abtretung oder Verpfändung von Leistungsansprüchen ist nur und erst mit unserer ausdrücklichen Zustimmung wirksam.
2. Die Leistungen überweisen wir kostenfrei auf ein uns zu nennendes deutsches Konto. Bei Überweisungen in das Ausland trägt der Zahlungsempfänger das hiermit verbundene Risiko sowie die anfallenden Kosten.
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 Ihres Verschuldens nicht beendet werden können. Nach Vorlage aller zur Prüfung der Leistungsansprüche notwendigen Unterlagen erklären wir innerhalb von 14 Werktagen, ob und in welchem Umfang wir eine Leistung anerkennen. Nur soweit ein Anspruch von Ihnen gegen uns anerkannt oder rechtskräftig festgestellt ist, können Sie und wir mit diesem gegen unsere Forderungen aufrechnen.

Die Versicherungsdauer

8. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsvertrag?

1. Beginn des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz beginnt frühestens zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 9.1 zahlen und der Vertrag damit zustande gekommen ist.

2. Dauer und Ende des Versicherungsvertrages
Der Versicherungsvertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen. Der Versicherungsvertrag verlängert sich um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung in Textform zugegangen ist.

3. Kündigung nach einem Versicherungsfall
Der Versicherungsvertrag endet zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit nach Ziffer 3 entfällt. Sie sind verpflichtet, uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit unverzüglich mitzuteilen. Mit Beendigung des Versicherungsvertrages endet der Versicherungsschutz auch für Versicherungsfälle, die zu diesem Zeitpunkt noch andauern (schwebende Versicherungsfälle).

3. Kündigung nach einem Versicherungsfall
Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein. Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu jedem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ablauf des laufenden Versicherungsjahres wirksam wird. Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

Der Versicherungsbeitrag

9. Was müssen Sie bei der Zahlung des Beitrags beachten?

1. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung des Erstbeitrags

- 1.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.

- 1.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes
Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig oder können wir den Erstbeitrag mangels Deckung Ihres Kontos nicht im SEPA-Lastschriftverfahren einziehen, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

- 1.3 Rücktritt
Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

- 9.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
- 9.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.
- 9.2.2 Verzug
Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben. Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beiführen und die Rechtsfolgen angeben, die mit dem Fristablauf verbunden sind. Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
- 9.2.3 Kein Versicherungsschutz
Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz.
- 9.2.4 Kündigung
Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung darauf hingewiesen haben. Haben wir gekündigt, und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.
- 9.3 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei SEPA-Lastschriftverfahren
Ist die Einziehung des Beitrags mittels SEPA-Lastschriftverfahren vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt. Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie das SEPA-Lastschriftmandat widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des SEPA-Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.
- 9.4 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung
Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug sind. Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.
- 9.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.
- 9.6 Wie ändert sich der Beitrag?
Für versicherte Personen, die bei Antragsstellung noch nicht 21 Jahre alt sind, wird der Beitrag ab dem Monat, in dem sie das 21. Lebensjahr erreichen, auf den zu diesem Zeitpunkt gültigen Beitrag für das Eintrittsalter ab 21 Jahre erhöht. Gleichermaßen gilt für das Erreichen des 41. und 61. Lebensjahres.
- 9.7 Beitragsanpassungen
Im Rahmen der vertraglichen Leistungsusage können sich die Versicherungsleistungen z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Wir vergleichen daher jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Versichertengemeinschaft eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge für diese Versichertengemeinschaft von uns überprüft und, wenn notwendig, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst.
- 9.7.1 Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach Beurteilung durch uns die Veränderung der Versicherungsleistungen als nur vorübergehend anzusehen ist.
- 9.7.2. Die Änderung der Beiträge werden wir Ihnen unter Angabe der maßgeblichen Gründe in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) mitteilen. Beitragsanpassungen werden unabhängig von der vereinbarten Zahlungsweise zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf eine entsprechende Benachrichtigung an Sie folgt. Erhöht sich durch die Anpassung der Beitrag, haben Sie das Recht, den Vertrag binnen eines Monats nach Zugang der Mitteilung mit sofortiger Wirkung, spätestens zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung zu kündigen.

Weitere Bestimmungen

10. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
- 10.1 Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf die versicherte Person, Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- 10.2 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

11. Können sich Ihre Vertragsbedingungen zukünftig ändern?
- 11.1 Sollten einzelne Bestimmungen in den Versicherungsbedingungen unwirksam sein, wird dadurch die Geltung der übrigen Regelungen in Versicherungsbedingungen 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 Ihrer Belange erforderlich erscheinen. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der Mitteilung der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie 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 Vertrages 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 Ihre Belange angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe Ihnen mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.
12. Wann verjährn die Ansprüche aus dem Vertrag?
- 12.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
- 12.2 Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.
13. Welches Gericht ist zuständig?
- 13.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- 13.2 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.
- 13.3 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.
14. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?
- 14.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden. Die Vertragssprache ist deutsch.
- 14.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.
15. Welches Recht findet Anwendung?
Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.