

Sie als **Versicherungsnehmer** sind unser Vertragspartner. Versicherte Person können Sie oder jemand anderer sein. Wir als **Versicherer** erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen. Unser DentSecure ergänzt die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ganz oder teilweise (nicht substitutive Krankenversicherung). Wir betreiben ihn nach Art der Schadenversicherung.

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?
2. Welche Leistungsbausteine können Sie vereinbaren?
- 2.1 Zahnersatz (inklusive Zahnimplantat)
- 2.2 Zahnerhalt
- 2.3 Schmerz- und Angstauschaltung
3. Welche Personen sind versicherbar?
4. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Der Versicherungsfall

5. Was müssen Sie bei oder nach Eintritt des Versicherungsfalles 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 Versicherungsschutz bzw. der Versicherungsvertrag?

Der Versicherungsbeitrag

9. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
Welche Regeln gelten für eine Beitragsanpassung?

Weitere Bestimmungen

10. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
11. Können sich Ihre Vertragsbedingungen zukünftig ändern?
12. Wann verjähren 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 bieten Versicherungsschutz während der Dauer des Versicherungsvertrages für zahnerhaltende oder zahnersetzende Maßnahmen. Sie müssen erstmals angeraten und durchgeführt werden (Versicherungsfall).
- 1.2 Zusammen mit der Vorleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie den Erstattungen anderer Kostenträger erhalten Sie maximal 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen. Erstattungsfähig sind die im Rahmen einer medizinisch notwendigen Versorgung entstehenden Aufwendungen für Zahnersatz, Zahnimplantat, Zahnerhalt, je nach gewähltem Versicherungsumfang. Darüber hinaus sind die entstehenden Aufwendungen für Maßnahmen zur Individualprophylaxe, Verblendung, Maßnahmen zur Schmerz- und Angstauschaltung, je nach gewähltem Versicherungsumfang, unabhängig von einer medizinischen Notwendigkeit erstattungsfähig. Eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) allein begründet keinen Anspruch aus Ihrem Versicherungsvertrag mit uns.
Vorleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist der Betrag, den die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als Erstattungsbetrag für die Heilbehandlung angesetzt hat. Erbringt die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) eine für die Zahnersatzmaßnahme 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 (GKV), so werden als Vorleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pauschal 35 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen angerechnet. Haben Sie in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine Selbstbeteiligung gem. § 53 SGB V vereinbart, zählt diese zu den anrechenbaren Leistungen.
- 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 (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgesetzten Höchstätzen liegen.

- 1.4 Während der ersten drei Monate eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes besteht der Versicherungsschutz 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 (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden können und im Rahmen der dort festgesetzten Höchstätze bzw. des dort festgesetzten Gebührenrahmens liegen. Die fiktiven Vorleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden in Abzug gebracht. Die in ausländischer Währung tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum Eurokurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, umgerechnet. Es sei denn, die Devisen zur Bezahlung der Rechnungen wurden nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben.
- 1.5 Für die Leistungen bestehen innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre Leistungsbegrenzungen. Die Höhe der Leistungsbegrenzung innerhalb der ersten Versicherungsjahre, die sogenannte Zahnstaffel, können Sie Ihrem Versicherungsantrag oder dem Versicherungsschein entnehmen. Das Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Die Leistungen werden dabei dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung durchgeführt wurde.
 - 1.5.1 Ist nichts anderes vereinbart, bestehen die summenmäßigen Begrenzungen nach Ablauf des fünften Versicherungsjahres nicht mehr.
 - 1.5.2 Tritt der Versicherungsfall als Folge eines Unfalls ein, so entfallen hierfür die summenmäßigen Begrenzungen der ersten fünf Versicherungsjahre für die Leistungsbausteine, wenn nichts anderes vereinbart wurde. Werden in einem solchen Fall Leistungen erbracht, werden diese nicht auf die summenmäßigen Begrenzungen angerechnet. Nicht als Unfall gelten Schädigungen der Zähne durch z.B. Nahrungsaufnahme oder unsachgemäße Verwendung.
 - 1.5.3 Es gibt Leistungen für die, neben den in Ziffer 1.5 genannten Begrenzungen, zusätzliche Begrenzungen gelten. Diese sind in den einzelnen Leistungsbausteinen beschrieben.

2. Welche Leistungsbausteine können Sie vereinbaren?

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 Zahnersatz (inklusive Zahnimplantat)

- 2.1.1 Die Aufwendungen für **Zahnersatz** bzw. **Maßnahmen zum Zahnersatz** umfassen
 - Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen.
 - prothetische Leistungen (Brücken, Stützprothesen, Voll- und Teilprothesen).
 - implantatgetragenen Zahnersatz, sog. Suprakonstruktionen (implantatgetragene Kronen, Brücken und Prothesen).
 - Kunststoff- und Keramikverblendungen.
 - notwendig werdende Reparaturen des Zahnersatzes zur Wiederherstellung dessen Funktionsfähigkeit.
 - Eingliederung von Provisorien.
 - vorbereitende diagnostische Leistungen.
Hierzu zählen beispielsweise die Beratung, Vor- und Nachuntersuchungen, zahnersatzbezogene Analyse und Röntgenaufnahmen, einschließlich dentaler Volumentomographie (DVT).
 - therapeutische, funktionstherapeutische und funktionsanalytische Leistungen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Zahnersatz stehen.
 - Material- und Laborkosten.
 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz oder dessen Reparatur. Voraussetzung hierfür ist ein anerkannter Anspruch der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf einen Festzuschuss nach § 55 SGB V für diese Maßnahmen. Im Rahmen des Leistungsbausteins Zahnersatz erstatten wir Aufwendungen für **Zahnimplantate**. Sie sind eine Form des Zahnersatzes. Die Aufwendungen für implantologische Leistungen umfassen
 - das zahnärztliche Honorar.
 - vorbereitende diagnostische Leistungen.
Hierzu zählen beispielsweise die Beratung, Vor- und Nachuntersuchungen, implantatbezogene Analyse und Röntgenaufnahmen, einschließlich dentaler Volumentomographie (DVT).
 - therapeutische, funktionstherapeutische und funktionsanalytische Leistungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnimplantat stehen.
 - Material- und Laborkosten.

2.1.2 Leistungen **Zahnersatz**

Wir erstatten Leistungen nur dann, wenn der die Leistungen enthaltene Leistungsbaustein in Ihrem Versicherungsschein und seinen Nachträgen ausdrücklich vereinbart und dokumentiert ist.

Wir erstatten im Versicherungsfall zusammen mit der Vorleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 85% der erstattungsfähigen Aufwendungen für die gem. Ziffer 2.1.1 versicherten Leistungen **Zahnersatz, Zahnimplantat und Verblendung**. Können Sie nachweisen (z.B. durch ein Bonusheft), dass in den vorangegangenen fünf Jahren jährlich eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung erfolgte, so steigt die Erstattung auf 90% inklusive der Vorleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Wird ausschließlich die Regelversorgung durchgeführt (keine privatärztlichen Vergütungsanteile nach GOZ bzw. GOÄ), erhalten Sie zusammen mit der Vorleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

2.2 Zahnerhalt

2.2.1 Die Aufwendungen für **Zahnerhalt** bzw. **Maßnahmen zum Zahnerhalt** umfassen

- Einlagefüllungen (Inlays und Onlays).
- Kunststofffüllungen.
- Aufbissschiene.
- Wurzelbehandlungen.
- Parodontosebehandlungen.
- vorbereitende diagnostische Leistungen.
Hierzu zählen beispielsweise die Beratung, Vor- und Nachuntersuchungen, zahnerhaltbezogene Analyse und Röntgenaufnahmen, einschließlich dentaler Volumentomographie (DVT).
- therapeutische, funktionstherapeutische und funktionsanalytische Leistungen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Zahnerhalt stehen.

Im Rahmen des Leistungsbausteins Zahnerhalt erstatten wir Aufwendungen für **Maßnahmen zur Individualprophylaxe**. Diese umfassen

- die 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.

2.2.2 Leistungen **Zahnerhalt**

Wir erstatten Leistungen nur dann, wenn der die Leistungen enthaltene Leistungsbaustein in Ihrem Versicherungsschein und seinen Nachträgen ausdrücklich vereinbart und dokumentiert ist.

Wir erstatten im Versicherungsfall zusammen mit der Vorleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung 85%

- der erstattungsfähigen Aufwendungen für **Einlagefüllungen (Inlays und Onlays)**.
- der damit verbundenen zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.
- der damit verbundenen funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen.

Können Sie nachweisen (z.B. durch ein Bonusheft), dass in den vorangegangenen fünf Jahren jährlich eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung erfolgte, so steigt die Erstattung auf 90% inklusive der Vorleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Außerdem erstatten wir bis zu 100 Prozent

- der erstattungsfähigen Aufwendungen für **Kunststofffüllungen**.
- der damit verbundenen Materialien.
- der damit verbundenen funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen.

Voraussetzung ist die Vorleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder anderer Kostenträger.

Wir erstatten bis zu 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für **Wurzelbehandlungen** nach den GOZ-Ziffern 2400 und 2420.

Wir erstatten bis zu 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für gem. Ziffer 2.2.1 versicherte **Maßnahmen zur Individualprophylaxe**. Die Erstattung ist auf die im Versicherungsantrag bzw. Versicherungsschein genannte Leistungshöhe und -anzahl begrenzt. Wir erstatten bis zu 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für **Parodontosebehandlungen**. Erstattet werden jedoch nur die Aufwendungen, für die keine Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder anderer Kostenträger besteht.

Wir erstatten bis zu 100 Prozent

- der erstattungsfähigen Aufwendungen für **Aufbissschiene**.
- der damit verbundenen zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.
- der damit verbundenen funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen.

Voraussetzung ist die Vorleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder anderer Kostenträger.

Wir erstatten bis zu 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für

- den Einsatz eines **OP-Mikroskops** (GOZ-Ziffer 0110).
- den Einsatz eines **Lasers** (Zuschlag nach GOZ-Ziffer 0120).
- **VECTOR®-Behandlung** (GOZ-Ziffern 4070 und 4075).
- den Einsatz von **Photoaktivierter Chemotherapie (PACT)**.

Die Erstattung ist auf die im Versicherungsantrag bzw. Versicherungsschein genannte Leistungshöhe begrenzt. PACT-Behandlungen werden im Rahmen von § 6 Abs. 1 GOZ erstattet.

Die Leistungsbegrenzungen für OP-Mikroskop, Laser, Vector®-Behandlung, PACT und Maßnahmen zur Individualprophylaxe gelten dauerhaft, auch

- nach Ablauf des fünften Versicherungsjahres.
- bei Versicherungsfällen als Folge eines Unfalls.

2.3 Schmerz- und Angstausschaltung

2.3.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Maßnahmen zur Schmerz- und Angstausschaltung. Diese umfassen

- anästhetische Leistungen (Narkosen, auch Vollnarkosen).
- Akupunktur.
- Lachgas.
- Sedierung (Dämmerschlaf).
- Hypnose.

2.3.2 Leistungen Schmerz- und Angstausschaltung

Wir erstatten Leistungen nur dann, wenn der die Leistungen enthaltene Leistungsbaustein in Ihrem Versicherungsschein und seinen Nachträgen ausdrücklich vereinbart und dokumentiert ist.

Wir erstatten bis zu 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für die gem. Ziffer 2.3.1 versicherten Maßnahmen zur Schmerz- und Angstausschaltung. Die Erstattung ist auf die im Versicherungsantrag bzw. Versicherungsschein genannte Leistungshöhe begrenzt. Voraussetzung dafür ist, dass die oben genannten Behandlungen in direktem Zusammenhang mit einer versicherten Leistung aus den Leistungsbausteinen Zahnersatz inkl. Zahnimplantat (Ziff 2.1) oder Zahnerhalt (Ziff 2.2) stehen müssen.

Die Leistungsbegrenzung für Maßnahmen zur Schmerz- und Angstausschaltung gilt dauerhaft, auch

- nach Ablauf des fünften Versicherungsjahres.
- bei Versicherungsfällen als Folge eines Unfalls.

3. Welche Personen sind versicherbar?

Versicherbar sind nur Personen, die bei einer Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (Vorleistungsversicherung) versichert sind. Der Wegfall der Versicherbarkeit ist in Ziffer 8.2 geregelt.

4. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Kein Versicherungsschutz besteht für

- bei Vertragsabschluss bereits angetratene oder begonnene Behandlungen.
- die Kostenübernahme für Zahnersatz für bei Vertragsabschluss fehlende oder nicht ersetzte Zähne.
- Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen.
- kosmetische Zahnbehandlung mit Ausnahme von Verblendungen.
- die Teile einer Liquidation, die den Bestimmungen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) 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 (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) hinausgehende vereinbarte Abrechnungen.
- Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden erstattet.
- auf Vorsatz beruhende Versicherungsfälle einschließlich deren Folgen.

Der Versicherungsfall

5. Was müssen Sie bei oder nach Eintritt des Versicherungsfalles beachten (Obliegenheiten)?

Ohne Ihre Mitwirkung können wir den Versicherungsfall nicht prüfen und unsere Leistung nicht erbringen. Folgende Pflichten (Obliegenheiten) haben Sie:

- 5.1 Sie müssen uns sämtliche Belege (z.B. Zahnarztrechnung, Material- und Laborkostenrechnung etc.) auf unsere Anforderung hin im Original einreichen. Diese müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person, die Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen enthalten. Ebenso den Erstattungsvermerk der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Nachweise über Kosten für zahntechnische Leistungen müssen Sie ebenfalls einreichen.
- 5.2 Sie haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, unserer Leistungspflicht oder des Leistungsumfanges 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.
- 5.3 Besteht ein Erstattungsanspruch gegen Dritte, so müssen Sie Leistungen

- Dritter in Anspruch nehmen und uns die Zweitschrift der Belege (z.B. Rechnungen) mit Erstattungsvermerk einreichen.
- 5.4 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.
- 5.5 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?**
Verletzen Sie bei oder nach Eintritt des Versicherungsfalles eine Obliegenheit nach Ziffer 5, können sich erhebliche rechtliche Nachteile ergeben. Bei vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung 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 Versicherungsfalles 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?**
- 7.1 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.
- 7.2 Die Leistungen überweisen wir kostenfrei auf ein uns zu nennendes deutsches Konto. Bei Überweisungen ins Ausland trägt der Zahlungsempfänger das hiermit verbundene Risiko sowie die anfallenden Kosten.
- 7.3 Die Leistungen sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen. Sie können einen Monat nach Anzeige des Versicherungsfalles den Betrag als Abschlagszahlung beanspruchen, der nach Sachlage mindestens zu zahlen ist. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens Ihrerseits gehindert ist. 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 Versicherungsschutz bzw. der Versicherungsvertrag?**
- 8.1 Beginn des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Frühestens mit Zahlung des ersten Beitrages. Der Versicherungsschutz endet, auch für schwebende Versicherungsfälle, mit dem Abschluss des entsprechenden Leistungsbausteines. Einzelne Leistungsbausteine können von Ihnen und von uns mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf gekündigt werden. Dies ist jedoch nur dann möglich, wenn mindestens ein Leistungsbaustein weiterhin vereinbart gilt. Anderenfalls ist nur eine Kündigung des Gesamtvertrages gem. Ziffer 8.2 möglich. Eine Änderung der versicherten Leistungsbausteine während der Vertragslaufzeit ist auf Antrag möglich. Leistungsbausteine, die von uns gekündigt wurden, können jedoch nicht mehr versichert werden. Wechseln Sie im Produkt DentSecure im Leistungsbaustein Zahnersatz bzw. Zahnerhalt zwischen den einzelnen Tarifen, gilt für die Höchstbeträge,
– dass wir die Dauer des bisherigen Tarifs bezogen auf die jeweilige Leistung mitberücksichtigen.
– dass wir die daraus erstattete Leistung anrechnen.
- 8.2 Dauer und Ende des Versicherungsvertrages
Der Versicherungsvertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen. Mindestlaufzeit des Vertrages ist ein Jahr. 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. Der Versicherungsvertrag endet zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit nach Ziffer 3 entfällt. Sie sind verpflichtet, uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Mit Beendigung des Versicherungsvertrages endet der Versicherungsschutz auch für Versicherungsfälle, die zu diesem Zeitpunkt noch andauern (schwebende Versicherungsfälle).
- 8.3 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 Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? Welche Regeln gelten für eine Beitragsanpassung?**
- 9.1 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung des Erstbeitrags
- 9.1.1 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.
- 9.1.2 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.
- 9.1.3 Rücktritt
Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, finden die Bestimmungen des § 37 Versicherungsvertragsgesetz Anwendung. Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir vom Vertrag zurücktreten.
- 9.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung des Folgebeitrags
- 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, finden die Bestimmungen des § 38 Versicherungsvertragsgesetz Anwendung. Unter den dort genannten Voraussetzungen müssen wir nicht leisten oder können den Vertrag kündigen.
- 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 Beitragsanpassungen
Die Beitragshöhe der einzelnen Bausteine ist in Stufen eingeteilt. Bei Erhöhung des Versicherungsbeitrages sind wir berechtigt, bei den bestehenden Versicherungsverträgen den Beitrag mit Wirkung zur nächsten Hauptfälligkeit bis zur Höhe des neuen Versicherungsbeitrages anzuheben.

Wir werden Sie rechtzeitig über die Erhöhung des Versicherungsbeitrages informieren. Erhöht sich der Beitrag, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes entsprechend ändert (z.B. bei einer Altersanpassung), können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt kündigen, in welchem die Beitragserhöhung wirksam werden sollte. Eine Erhöhung der gesetzlichen Versicherungssteuer begründet kein Kündigungsrecht.

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 den 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 verjähren 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.