

Tarifblatt zur Zahnzusatzversicherung DA Direkt Zahnschutz

in der Fassung vom 01.10.2019

Dieses Tarifblatt ist Bestandteil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zahnzusatzversicherung DA Direkt Zahnschutz (AZB) in der Fassung vom 01.10.2019.

Versicherungsleistungen

Versicherungsleistungen		Komfort	Premium	Premium Plus
Zahnerhaltende und zahnersetzende Maßnahmen	außerhalb Zahnarztnetzwerk	75 % ¹	90 % ¹	100 %
	innerhalb Zahnarztnetzwerk	90 % ¹	100 %	100 %
	bei Regelversorgung	100 %	100 %	100 %
Zahnprophylaktische Maßnahmen je Versicherungsjahr, davon max. 2 PZR ²	außerhalb Zahnarztnetzwerk	100%, max. 150 EUR, (75 EUR je PZR ²)	100%, max. 180 EUR, (90 EUR je PZR ²)	100%, max. 200 EUR, (100 EUR je PZR ²)
	innerhalb Zahnarztnetzwerk	100% ohne summenmäßige Begrenzung		
Kieferorthopädische Maßnahmen je Versicherungsfall	bei GKV ³ -Leistungspflicht			
	außerhalb Zahnarztnetzwerk	—	90 % ¹	100 %
	innerhalb Zahnarztnetzwerk	—	100%	100%
	bei fehlender GKV ³ -Leistungspflicht			
außerhalb Zahnarztnetzwerk	—	90 % ⁴ , max. 1.800 EUR	100 % ⁴ , max. 2.000 EUR	
innerhalb Zahnarztnetzwerk	—	100 % ⁴ , max. 2.000 EUR	100 % ⁴ , max. 2.000 EUR	

¹ 100 % bei nach Versicherungsbeginn eingetretenem Unfall

² PZR = Professionelle Zahnreinigung

³ Gesetzliche Krankenversicherung

⁴ 100 % ohne Höchstbetrag bei nach Versicherungsbeginn eingetretenem Unfall

**DA Deutsche Allgemeine
Versicherung Aktiengesellschaft**

Bankverbindung
Deutsche Bank AG, Frankfurt/Main
IBAN: DE78500700100094068405
BIC: DEUTDEFF094068405
Angaben zur Umsatzsteuer
UStID-Nr. DE 811493175
Versicherungsbeiträge sind
umsatzsteuerfrei
Vers.St-Nr. 807/V9080700151

Sitz der Gesellschaft
Frankfurt/Main
Aufsichtsratsvorsitzender
Dr. Carsten Schildknecht
Vorstand
Peter Stockhorst (Vors.),
Michael Reuter
Martin Schmidt-Schön
Handelsregister
Amtsgericht Frankfurt am Main
(HRB 112118)

Leistungsbegrenzungen (Zahnstaffel)

Zahnstaffel in den ersten 4 Versicherungsjahren (Erstattungsbeträge)	Komfort	Premium	Premium Plus
im ersten Versicherungsjahr maximal	750 EUR	1.100 EUR	1.250 EUR
in den ersten 2 Versicherungsjahren maximal	1.500 EUR	2.200 EUR	2.500 EUR
in den ersten 3 Versicherungsjahren maximal	2.250 EUR	3.300 EUR	3.750 EUR
in den ersten 4 Versicherungsjahren maximal	3.000 EUR	4.400 EUR	5.000 EUR

Die Zahnstaffel findet keine Anwendung auf

- zahnprophylaktische Aufwendungen sowie
- Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem die versicherte Person unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Versicherungsbeiträge

Angabe in Monatsbeiträgen

Altersstufe	Komfort	Premium	Premium Plus
0-20 Jahre	6,90 EUR	13,90 EUR	16,90 EUR
21-30 Jahre	10,90 EUR	16,90 EUR	18,90 EUR
31-40 Jahre	18,90 EUR	27,90 EUR	32,90 EUR
41-50 Jahre	24,90 EUR	38,90 EUR	44,90 EUR
51-60 Jahre	33,90 EUR	52,90 EUR	60,90 EUR
Ab 61 Jahre	36,90 EUR	54,90 EUR	62,90 EUR

Die Höhe des Beitrages ist nach Altersstufen gestaffelt und richtet sich nach dem Alter der versicherten Person. Erreicht die versicherte Person die nächste Altersstufe, ist vom Beginn des folgenden Monats an der für diese Altersstufe gültige Beitrag zu zahlen.

Zusatz-Tarifblatt Zahnschutz Akutmodul Komfort zur Zahnzusatzversicherung DA Direkt Zahnschutz Komfort

in der Fassung vom 01.12.2019

Dieses Zusatz-Tarifblatt ist Bestandteil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zahnzusatzversicherung DA Direkt Zahnschutz (AZB) und gilt nur in Verbindung mit dem Tarifblatt zur Zahnzusatzversicherung DA Direkt Zahnschutz in der Fassung vom 01.10.2019. Das Zahnschutz Akutmodul Komfort kann nur in Verbindung mit dem Tarif DA Direkt Zahnschutz Komfort abgeschlossen werden.

1. Abweichend zu den AZB gilt für Zahnschutz Akutmodul Komfort Folgendes:

1.1 Rückwärtsversicherung (Versicherungsschutz 6 Monate vor poliziertem Vertragsbeginn)

Im Zahnschutz Akutmodul Komfort wird der Beginn des Versicherungsschutzes gemäß Ziffer 5.3 der AZB dahingehend erweitert, dass wir auch für Versicherungsfälle leisten, die innerhalb von 6 Monaten vor dem polizierten Versicherungsbeginn bereits begonnen, aber noch nicht beendet worden sind. Die Heilbehandlungsmaßnahme kann auch vor Beginn dieser Erweiterung angeraten, darf aber noch nicht begonnen worden sein.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Erstellung des Heil- und Kostenplans oder, sofern kein Heil- und Kostenplan erforderlich ist, mit der Heilbehandlungsmaßnahme und endet, wenn nach objektivem zahnmedizinischen Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.

Im Versicherungsfall der Zahnprophylaxe endet der Versicherungsfall dann, wenn die prophylaktische Behandlung nach objektivem zahnmedizinischen Ergebnis als abgeschlossen anzusehen ist.

1.2 Einschluss von bereits angeratenen oder geplanten Heilbehandlungsmaßnahmen

Im Zahnschutz Akutmodul Komfort finden darüberhinaus die Leistungsauschlüsse gemäß Ziffer 6.1 der AZB keine Anwendung für Heilbehandlungsmaßnahmen, deren Notwendigkeit bei Vertragsschluss bereits bekannt war bzw. die vor Vertragsschluss zahnärztlich oder ärztlich angeraten wurden. Gleiches gilt für bei Vertragsschluss fehlende und nicht dauerhaft ersetzte Zähne.

DA Deutsche Allgemeine
Versicherung Aktiengesellschaft

Bankverbindung
Deutsche Bank AG, Frankfurt/Main
IBAN: DE7850070010094068405
BIC: DEUTDEFF094068405
Angaben zur Umsatzsteuer
UStID-Nr. DE 811493175
Versicherungsbeiträge sind
umsatzsteuerfrei
Vers.St-Nr. 807/V9080700151

Sitz der Gesellschaft
Frankfurt/Main
Aufsichtsratsvorsitzender
Dr. Carsten Schildknecht
Vorstand
Peter Stockhorst (Vors.), Martin Schmidt-Schön
Michael Reuter
Handelsregister
Amtsgericht Frankfurt am Main
(HRB 112118)

2. Mindestvertragslaufzeit des Zahnschutz Akutmodul Komfort und Fortsetzung der Versicherung im Tarif Zahnschutz

Die Mindestvertragslaufzeit des Zahnschutz Akutmodul Komfort beträgt zwei Versicherungsjahre. Mit Abschluss des Zahnschutz Akutmoduls Komfort beträgt die Mindestvertragslaufzeit im Tarif Zahnschutz Komfort abweichend von Ziffer 5.5 der AZB ebenfalls zwei Versicherungsjahre.

Nach Ablauf der Mindestvertragslaufzeit haben Sie ein monatliches Kündigungsrecht gemäß Ziffer 5.5 Absatz 1 der AZB sowohl für das Zahnschutz Akutmodul Komfort als auch für den Tarif Zahnschutz Komfort.

Nach Ablauf der Mindestvertragslaufzeit können Sie alternativ in einen anderen verkaufsoffenen DA Direkt Zahnschutz-Tarif gemäß Ziffer 3.8 Absatz 5 der AZB wechseln. Der dann zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Alter der versicherten Person zum Wechselzeitpunkt.

3. Leistungsbegrenzungen

Abweichend von den Leistungsbegrenzungen gemäß Ziffer 3.8 der AZB ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1 und 2 dieses Tarifblatts bis zu einem Höchstbetrag von 1.500 EUR (davon max. 750 EUR im ersten Versicherungsjahr). Dieser Höchstbetrag gilt für einen Versicherungsfall während der gesamten Vertragslaufzeit des Zahnschutz Akutmodul Komfort.

Zudem werden Erstattungen aus dem Zahnschutz Akutmodul Komfort auf die Leistungsbegrenzungen (Zahnstaffel) des Tarifs Zahnschutz Komfort (vgl. Tarifblatt Zahnschutz) angerechnet. Damit gilt ein Gesamthöchstbetrag von 1.500 EUR (davon max. 750 EUR im ersten Versicherungsjahr) für das Zahnschutz Akutmodul Komfort und den Tarif Zahnschutz Komfort innerhalb der ersten zwei Versicherungsjahre.

4. Versicherungsbeiträge

Angabe in Monatsbeiträgen

Altersstufe	Akutmodul Komfort
Einheitsbeitrag	29,90 EUR

Ziffer 9 der AZB (Beitragsanpassung) findet keine Anwendung im Zahnschutz Akutmodul Komfort, d.h. die Beiträge verändern sich während der Laufzeit dieses Tarifs für die versicherte Person nicht.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Zahnzusatzversicherung der DA Deutsche Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft (AZB)

Stand: 1. Oktober 2019

Inhaltsverzeichnis

1. Versicherungsschutz
2. Versicherungsfall
3. Leistungsumfang
4. Wartezeiten
5. Laufzeit, Beginn und Ende des Versicherungsschutzes
6. Leistungsausschlüsse
7. Auszahlung der Versicherungsleistungen
8. Beiträge
9. Anpassung der Beiträge
10. Anpassung der Versicherungsbedingungen
11. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen
12. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte
13. Willenserklärungen und Anzeigen
14. Anwendbares Recht und Gerichtsstand
15. Verjährung

DA Deutsche Allgemeine
Versicherung Aktiengesellschaft

Bankverbindung
Deutsche Bank AG, Frankfurt/Main
IBAN: DE78500700100094068405
BIC: DEUTDEFF094068405
Angaben zur Umsatzsteuer
UStID-Nr. DE 811493175
Versicherungsbeiträge sind
umsatzsteuerfrei
Vers.St-Nr. 807/V9080700151

Sitz der Gesellschaft
Frankfurt/Main
Aufsichtsratsvorsitzender
Dr. Carsten Schildknecht
Vorstand
Peter Stockhorst (Vors.),
Michael Reuter
Martin Schmidt-Schön
Handelsregister
Amtsgericht Frankfurt am Main
(HRB 112118)

1. Versicherungsschutz

Die Tariflinie DA Direkt Zahnschutz ist eine Zahnzusatzversicherung, die die Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ergänzt.

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, den eventuell späteren in Textform festgehaltenen Vereinbarungen, den Versicherungsbedingungen inklusive Tarifblatt sowie den gesetzlichen Vorschriften.

1.1 Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben und nicht bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Leistungen für zahnärztliche Behandlungen versichert sind.

1.2 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen GKV versichert sind. GKV-Versicherten stehen im Folgenden Empfänger freier Heilfürsorge gleich. An die Vorleistung der GKV (s. Ziffer 3.1) tritt in diesem Fall die Vorleistung der freien Heilfürsorge.

Fällt die vorgenannte Eigenschaft weg, endet die Versicherung nach diesen Versicherungsbedingungen zum Zeitpunkt des Wegfalls.

1.3 Geltungsbereich

Es besteht weltweiter Versicherungsschutz. Allerdings bleiben wir bei Behandlungen im Ausland höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die wir bei einer zahnärztlichen Behandlung in Deutschland zu erbringen hätten.

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland wird die Versicherung unter Berücksichtigung des vorgenannten Absatzes ohne besondere Vereinbarung fortgeführt, wenn die versicherte Person weiterhin in der deutschen GKV versichert ist. Anderenfalls endet die Versicherung nach Ziffer 1.2.

2. Versicherungsfall

Im Versicherungsfall ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen in Höhe des Leistungsumfangs des gewählten Tarifes.

Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige zahnärztliche Heilbehandlung der versicherten Person.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, er endet, wenn nach zahnmedizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Zahnprophylaktische Maßnahmen gelten ebenfalls als Versicherungsfall.

3. Leistungsumfang

Zusammen mit der Vorleistung der GKV oder anderer Kostenträger ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen in Höhe des vereinbarten Leistungsumfangs, maximal jedoch 100 % des Rechnungsbetrages.

3.1 Vorleistungen der GKV oder anderer Kostenträger

Leistungen, die eine GKV oder ein anderer Kostenträger für den Versicherungsfall erbringt, sind Vorleistungen. Diese sind vorrangig in Anspruch zu nehmen.

Als Vorleistung gilt auch ein für die versicherte Person mit der GKV nach § 53 SGB V vereinbarter Selbstbehalt (GKV-Wahltarif mit Selbstbehalt) sowie ein verbleibender Eigenanteil nach § 29 SGB V, der anfällt, weil die kieferorthopädische Behandlung der versicherten Person nicht im medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen wurde.

Die versicherte Person kann sich auch für eine Behandlung bei einem Zahnarzt entscheiden, der keine Kassenzulassung besitzt. In diesem Fall rechnen wir pauschal 35 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als Vorleistung an.

Dies gilt auch für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV oder ein anderer Kostenträger keine Vorleistung erbringt.

3.2 Versicherungsleistungen

Erstattungsfähigkeit

Erstattungsfähig sind Aufwendungen einer ambulanten zahnärztlichen Behandlung.

Erstattungsfähig sind zudem Aufwendungen einer stationären zahnärztlichen Behandlung, wenn die Behandlung aus allgemeinen medizinischen Gründen nicht ambulant durchgeführt werden kann und die GKV die allgemeinen Krankenhausleistungen der stationären zahnärztlichen Behandlung trägt.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer.

Erstattungshöhe (Leistungsumfang)

Zusammen mit der Vorleistung der GKV oder eines anderen Kostenträgers ersetzen wir im Versicherungsfall die erstattungsfähigen Aufwendungen für zahnprophylaktische, zahnerhaltende, zahnersetzende sowie für kieferorthopädische Maßnahmen im Umfang des gewählten Tarifs (s. Tarifblatt).

Anerkannte Zahnärzte

Der versicherten Person steht in Deutschland die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Zahnärzten frei. Darüber hinaus steht ihr die Wahl von Zahnärzten frei, die in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder Krankenhäusern tätig sind.

Im Ausland können die im jeweiligen Land zur zahnärztlichen Behandlung zugelassenen Zahnärzte in Anspruch genommen werden.

Zahnarztnetzwerk

Wird die Maßnahme von einem Zahnarzt aus dem Zahnarztnetzwerk der DA durchgeführt, erhöht sich der Leistungsanspruch je nach gewähltem Tarif (s. Tarifblatt sowie Beiblatt Zahnarztnetzwerk).

Gebührenrahmen

Zahnärztliche Leistungen sind bei Behandlungen in Deutschland bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

Zahntechnische Leistungen sind nach den Bestimmungen der gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.

Im Ausland erbrachte zahnärztliche Leistungen sind nach den im jeweiligen Land üblichen Abrechnungsbestimmungen erstattungsfähig. Es gilt jedoch die Bestimmung gemäß Ziffer 1.3, wonach wir höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleiben, die wir bei einer zahnärztlichen Behandlung in Deutschland zu erbringen hätten.

3.3 Heil- und Kostenplan

Übersteigt der zu erwartende Gesamtrechnungsbetrag einer zahnärztlichen Maßnahme voraussichtlich 1.000 EUR, empfehlen wir Ihnen, uns rechtzeitig vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan vorzulegen. Wir teilen Ihnen dann umgehend den Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen sowie die nach Abzug der GKV-Vorleistung und unserer tariflichen Leistung voraussichtlich noch von Ihnen zu tragende Eigenbeteiligung mit.

Die Kosten für die Erstellung eines vor der Behandlung eingereichten Heil- und Kostenplanes tragen wir zu 100 %, sofern die GKV diese Kosten nicht übernimmt.

3.4 Zahnprophylaktische Maßnahmen

Die nach Vorleistung der GKV oder eines anderen Kostenträgers verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für zahnprophylaktische Maßnahmen ersetzen wir bis zu dem im jeweiligen Tarif festgelegten Höchstbetrag.

Zu den erstattungsfähigen zahnprophylaktischen Maßnahmen zählen beispielsweise:

- professionelle Zahnreinigung (PZR);
- Versiegelung (Fissurenversiegelung);
- Fluoridierung;
- Speicheltest zu Keimbestimmung (Bakterien-/DNA-Test);
- Politur der Zähne;
- Kariesrisikodiagnostik;
- Erstellung eines Mundhygienestatus oder
- Kontrolle des Übungserfolges.

3.5 Zahnerhaltende und zahnersetzende Maßnahmen

Zusammen mit der Vorleistung der GKV oder eines anderen Kostenträgers ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen für zahnerhaltende und zahnersetzende Maßnahmen zu dem festgesetzten Prozentsatz des gewählten Tarifs.

Bei zahnersetzenden Maßnahmen erbringen wir mindestens eine Leistung in Höhe des von der GKV für die entsprechende Zahnersatzmaßnahme gezahlten Festzuschuss nach § 55 Abs. 1 SGB V, zusammen mit der Vorleistung der GKV oder anderer Kostenträger maximal 100 % des Rechnungsbetrages.

Zu den erstattungsfähigen zahnerhaltenden Maßnahmen (jeweils inklusive zahntechnischer Leistungen) zählen beispielsweise:

- Kunststoff- und Kompositfüllungen (dentin-adhäsive Konstruktionen/Füllungen);
- Einlagefüllungen (Inlays, Onlays und Overlays);
- Wurzelbehandlungen inkl. elektrometrischer Wurzellängenmessung, Behandlung mit dem OP-Mikroskop;
- Parodontosebehandlungen inkl. VECTOR-Technologie, Schleimhauttransplantation, Bakterienanalyse, DNA-Test;
- Mikroinvasive Kariesinfiltration sowie
- Aufbissbehelfe und Schienen.

Zu den erstattungsfähigen zahnersetzenden Maßnahmen (jeweils inklusive zahntechnischer Leistungen) zählen beispielsweise:

- Brücken, Kronen (z. B. Stiftkronen, Teleskopkronen und Teilkronen) inkl. Verblendungen bis zum Zahn 8;
- prothetische Leistungen wie Voll- und Teilprothesen;

- implantologische Leistungen einschließlich Knochenaufbau und auf Implantaten getragener Zahnersatz (Suprakonstruktionen);
- Keramikverblendschalen (Veneers), sofern medizinisch notwendig sowie
- Reparatur von Zahnersatz.

Im Zusammenhang mit zahnerhaltenden und zahnersetzenden Maßnahmen sind darüber hinaus erstattungsfähig (jeweils inklusive zahntechnischer Leistungen):

- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen einschließlich der hierfür notwendigen Aufbissbehelfe und Schienen (z. B. DROS-Schiene) sowie
- begleitende Leistungen wie z. B. Bildaufnahmen (auch digitale Volumentomographie) oder erweiterte Anästhesieleistungen sowie Laserbehandlungen inklusive PACT.

3.6 Kieferorthopädische Maßnahmen nach den Indikationsgruppen (KIG) 1-5

Zu den erstattungsfähigen zahnärztlichen Aufwendungen für kieferorthopädische Maßnahmen (jeweils inklusive zahntechnischer Leistungen) zählen beispielsweise:

- Mini-Metall-, Keramik- und Kunststoffbrackets;
- unsichtbare Zahnspange (Aligner-Therapie);
- Lingualtechnik;
- festsitzender Retainer;
- konfektionierte herausnehmbare Geräte;
- festsitzender Lückenhalter;
- farbige/farblose Bögen/Teilbögen;
- thermisch programmierbare oder plastische Bögen/Teilbögen;
- Pendulum, Distal-Jet;
- im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Maßnahmen erforderliche funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie
- begleitende Leistungen wie z.B. Bildaufnahmen (auch digitale Volumentomographie) oder erweiterte Anästhesieleistungen.

Bei GKV-Leistungspflicht

Besteht eine Leistungspflicht der GKV gemäß § 29 SGB V, ersetzen wir zusammen mit der Vorleistung der GKV oder eines anderen Kostenträgers die erstattungsfähigen Aufwendungen für die Behandlung einer Zahn- und Kieferfehltstellung zu dem festgesetzten Prozentsatz des gewählten Tarifs.

Bei fehlender GKV-Leistungspflicht

Bei fehlender Leistungspflicht der GKV ersetzen wir die erstattungsfähigen Leistungen zu dem festgesetzten Prozentsatz des gewählten Tarifs unter Berücksichtigung des im jeweiligen Tarif festgelegten Höchstbetrags.

3.7 Erweiterte Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für erweiterte Maßnahmen zur Schmerzausschaltung in gleichem Umfang wie die zugrundeliegende Maßnahme zu dem festgesetzten Prozentsatz des gewählten Tarifs.

Zu den erstattungsfähigen erweiterten Maßnahmen zur Schmerzausschaltung zählen beispielsweise:

- Akupunktur;
- Hypnose;
- Vollnarkose;
- Lachgas-Sedierung oder
- Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf).

3.8 Leistungsbegrenzung (Zahnstaffel)

Innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre begrenzen wir unsere Erstattung für zahnerhaltende und zahnersetzende Maßnahmen (Ziffer 3.5), kieferorthopädische Maßnahmen (Ziffer 3.6) sowie erweiterte Maßnahmen zur Schmerzausschaltung (Ziffer 3.7) pro versicherter Person auf die im jeweiligen Tarif festgelegten Höchstbeträge.

Aufwendungen, die wir nicht ersetzen, weil sie den Höchstbetrag eines Versicherungsjahres übersteigen, können nicht zu einem späteren Zeitpunkt mit dem Höchstbetrag eines nachfolgenden Versicherungsjahres verrechnet werden.

Zahnprophylaktische Maßnahmen (s. Ziffer 3.4) fallen nicht unter die Zahnstaffel.

Die Zahnstaffel entfällt bei zahnärztlichen Behandlungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind. Die in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen werden bei einer späteren, unfallunabhängigen Behandlung nicht auf die Zahnstaffel angerechnet.

Wechselt die versicherte Person nahtlos aus einem DA Direkt Zahnschutz-Tarif in einen anderen DA Direkt Zahnschutz-Tarif (Zieltarif), so werden die bisherige Versicherungsdauer (Vorversicherungszeit) sowie die bisher gezahlten Leistungen auf die Zahnstaffel des Zieltarifs angerechnet.

3.9 Verkürzte Leistungsbegrenzung (Zahnstaffel)

Besteht für die versicherte Person bis zum Versicherungsbeginn des vereinbarten Tarifs eine Zahnzusatzversicherung bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen mit vergleichbaren Leistungen, so wird die nachgewiesene ununterbrochene Versicherungsdauer beim anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen (Vorversicherungszeit) auf die Zahnstaffel des bei uns vereinbarten Tarifes angerechnet.

Dabei wird die versicherte Person so gestellt, als habe sie die Vorversicherungszeit bezüglich der Zahnstaffel des vereinbarten Tarifes bereits durchlaufen.

Eventuelle Leistungen, die bei dem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen in der Vorversicherungszeit in Anspruch genommen wurden, bleiben unberücksichtigt.

4. Wartezeiten

Wartezeiten bestehen nicht.

5. Laufzeit, Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

5.1 Vertragslaufzeit und Mindestvertragsdauer

Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Die Mindestvertragsdauer beträgt 24 Monate. Gemäß Ziffer 5.5 kann der Versicherungsvertrag innerhalb der Mindestvertragslaufzeit ohne Einhaltung einer Frist zum Ende des laufenden

Monats gekündigt werden, sofern bisher keine Leistungen in Anspruch genommen worden sind.

5.2 Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr beginnt für die versicherte Person mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet nach Ablauf von 12 Monaten. Jedes weitere Versicherungsjahr umfasst ebenfalls einen Zeitraum von 12 Monaten.

Veränderungen des Versicherungsverhältnisses (z.B. Tarifwechsel) bleiben ohne Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.

5.3 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, insbesondere dem Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.

Diese Regelung gilt auch entsprechend bei Vertragsänderungen. Das heißt, bei Vertragsänderungen gelten hinzukommende Versicherungsleistungen oder ein erhöhter Leistungsumfang nur für nach Beginn der Vertragsänderung eingetretene Versicherungsfälle.

5.4 Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern (Unfallschutz)

Alternativ zu einer beitragspflichtigen Versicherung können Kinder auch beitragsfrei im vereinbarten DA Direkt Zahnschutz Tarif des bei uns versicherten Elternteils mitversichert werden.

In diesem Fall besteht Versicherungsschutz für zahnerhaltende, zahnersetzende und kieferorthopädische Maßnahmen ausschließlich bei unfallbedingter zahnärztlicher Behandlung, und nur dann, wenn der Unfall nach Beginn der Versicherung des Kindes eingetreten ist. Eine Zahnstaffel gemäß Ziffer 3.8 findet dabei keine Anwendung (s. Tarifblatt „Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern“).

Kein Versicherungsschutz besteht für zahnprophylaktische Maßnahmen gemäß Ziffer 3.4.

Die beitragsfreie Mitversicherung des Kindes beginnt ab dem Folgetag der Mitteilung durch das versicherte Elternteil bei uns. Mit dem Tag der Vollendung des 18. Lebensjahres des mitversicherten Kindes endet auch die beitragsfreie Mitversicherung. Gleiches gilt zu dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherung des Elternteils endet, bei dem das Kind beitragsfrei mitversichert ist.

Als Kinder im Sinne dieser Bedingungen gelten die leiblichen oder adoptierten Kinder der versicherten Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

5.5 Kündigung des Versicherungsvertrages durch den Versicherungsnehmer

Nach Ablauf der Mindestvertragslaufzeit haben Sie das Recht, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Frist zum Ende des laufenden Monats in Textform zu kündigen.

Innerhalb der Mindestvertragslaufzeit können Sie den Vertragsteil für die versicherte Person ebenfalls ohne Einhaltung einer Frist zum Ende des laufenden Monats kündigen, sofern Sie für die versicherte Person bis zum Kündigungszeitpunkt keine Leistungen in Anspruch genommen haben. Kündigen Sie den Vertrag für eine versicherte Person innerhalb der Mindestvertragslaufzeit,

verzichten Sie damit auf eine Erstattung von Leistungen für diese Person für deren gesamte Vertragslaufzeit.

Für die Kündigung ist der von Ihnen angegebene Zeitpunkt, frühestens der Zugang Ihrer Kündigungserklärung bei uns, maßgeblich.

Sind mehrere Personen in einem Vertrag versichert, so können Sie Ihre Kündigung auch auf bestimmte versicherte Personen begrenzen.

5.6 Kündigung des Versicherungsvertrages durch uns
Wir verzichten auf unser Recht, den Versicherungsvertrag ordentlich zu kündigen. Unser Recht, den Vertrag außerordentlich zu kündigen, bleibt hiervon unberührt.

5.7 Beendigung des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag endet für eine versicherte Person mit Wegfall ihrer Versicherungsfähigkeit (s. Ziffer 1.2).

Der Versicherungsvertrag endet auch, wenn Sie versterben. Die versicherte Person hat dann das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Eine solche Erklärung ist uns gegenüber innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod in Textform abzugeben.

Bei Tod einer versicherten Person endet der Versicherungsvertrag in Bezug auf diese versicherte Person.

Mit Beendigung des Versicherungsvertrages endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – der Versicherungsschutz.

6. Leistungsausschlüsse

6.1 Heilbehandlungsmaßnahmen mit vor Vertragsschluss feststehender Notwendigkeit

Wir ersetzen keine Aufwendungen für:

- Heilbehandlungsmaßnahmen, deren Notwendigkeit der versicherten Person bereits vor Vertragsschluss bekannt war bzw. die vor Vertragsschluss zahnärztlich oder ärztlich angeraten oder bereits begonnen wurden;
- die Versorgung von bereits vor Vertragsschluss fehlenden und nicht dauerhaft ersetzten Zähnen. Dabei zählen Milchzähne nicht als fehlende Zähne.

Diese Regelungen gelten entsprechend bei Vertragsänderungen. Nach Tarifwechsel hinzukommende Versicherungsleistungen oder ein erhöhter Leistungsumfang gelten nicht

- für vor Vertragsänderung bereits bekannte bzw. zahnärztlich oder ärztlich angeratene Heilbehandlungsmaßnahmen sowie
- für vor Vertragsänderung bereits fehlende, nicht dauerhaft ersetzte Zähne. Dabei zählen Milchzähne nicht als fehlende Zähne.

6.2 Sonstige Leistungsausschlüsse

Kein Versicherungsschutz besteht für:

- Aufwendungen für Heilbehandlungsmaßnahmen und zahntechnische Leistungen, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen oder für Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart sind, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen; in diesen Fällen können wir unsere Versicherungsleistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen;
- Behandlungen durch Zahnärzte sowie durch Ärzte oder Zahnärzte in Krankenanstalten oder medizinischen Versorgungszentren, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde

von der Erstattung ausgeschlossen haben, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

- von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
- Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten und Auslagen erstatten wir tarifgemäß;
- gesetzliche Zuzahlungen im Sinne von § 61 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V);
- durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen. Wird die versicherte Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht und kann das betroffene Gebiet aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, nicht verlassen, besteht Versicherungsschutz solange, bis die Ausreise möglich ist. Ein Kriegsereignis tritt dann überraschend ein, wenn vor Beginn der Reise keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt für das betroffene Reisegebiet bestand. Terroristische Anschläge gelten nicht als Kriegsereignisse.

7. Auszahlung der Versicherungsleistungen

7.1 Nachweise

Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von uns geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden unser Eigentum.

7.2 Fälligkeit der Versicherungsleistungen

Die Versicherungsleistungen sind fällig, sobald der Versicherungsfall und der Umfang der Versicherungsleistungen durch uns festgestellt wurden. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit unserer Leistungen aus § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

7.3 Empfangsberechtigte Person

Wir sind verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer uns diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistungen verlangen.

7.4 Überweisungs-/Übersetzungskosten

Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten rechnen wir zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro um.

Mehrkosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein ausländisches Konto und für Übersetzungen können von den Versicherungsleistungen abgezogen werden.

7.5 Abtretung und Verpfändung

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet oder ohne unsere Zustimmung abgetreten werden.

7.6 Zeitliche Zurechnung

Die vom Versicherungsschutz umfassten Leistungen werden dem Zeitpunkt zugerechnet, in dem sie erbracht, bezogen oder in Anspruch genommen wurden. Die Zeitpunkte von Rechnungsstellung und Rechnungseinreichung bei uns sind für die zeitliche Zurechnung nicht maßgebend.

8. Beiträge

8.1 Berechnung der Beiträge

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

Die Höhe des Beitrages ist nach Altersstufen gestaffelt und richtet sich nach dem Alter der versicherten Person.

Erreicht die versicherte Person die nächste Altersstufe, ist vom Beginn des folgenden Monats an der für diese Altersstufe gültige Beitrag zu zahlen.

Den zu zahlenden Versicherungsbeitrag können Sie dem jeweils gültigen Versicherungsschein entnehmen.

8.2 Zahlungsart

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Der Beitrag wird durch Lastschriftverfahren von uns von einem deutschen Konto eingezogen. Widerruft der Beitragszahler seine hierfür gegebene Einwilligung, so ist der Beitrag auf ein von uns angegebenes deutsches Konto zu zahlen.

Ist der Einzug der Beiträge im Lastschriftverfahren vereinbart und kommt es zu zwei oder mehr fehlgeschlagenen Einzugsversuchen, können wir die Zahlung der ausstehenden und künftigen Beiträge durch Überweisung verlangen. Zu weiteren Einzugsversuchen sind wir bis auf Widerruf durch den Versicherungsnehmer berechtigt, aber nicht verpflichtet.

8.3 Fälligkeit des Erstbeitrages

Der Erstbeitrag wird mit Zugang des Versicherungsscheines fällig, jedoch nicht vor dem in dem Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

8.4 Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages

Solange der fällige Erstbeitrag nicht gezahlt ist, können wir von dem Versicherungsvertrag zurücktreten.

In diesem Fall können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Ist der fällige Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Erstbeitrages aufmerksam gemacht haben, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

8.5 Fälligkeit der Folgebeiträge

Die Folgebeiträge sind jeweils zu Beginn der vereinbarten Zahlungsperiode fällig und zu entrichten.

8.6 Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung der Folgebeiträge

Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, werden wir Sie auffordern, den rückständigen Folgebeitrag innerhalb von zwei Wochen ab Zugang des Aufforderungsschreibens zu zahlen. Wir sind berechtigt, die im Zusammenhang mit der Mahnung entstandenen Kosten geltend zu machen.

Wir bleiben jedoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

Sind Sie mit der Zahlung des Folgebeitrages nach Ablauf der zweiwöchigen Zahlungsfrist noch in Verzug, können wir den Vertrag mit sofortiger Wirkung außerordentlich kündigen. Unsere Kündi-

gung wird unwirksam, wenn Sie sämtliche bereits fälligen Folgebeiträge innerhalb eines Monats ab Zugang des Kündigungsschreibens zahlen.

Für Versicherungsfälle, die in der Zeit nach Ablauf der zweiwöchigen Zahlungsfrist bis zur Zahlung eintreten, besteht kein Versicherungsschutz.

9. Anpassung der Beiträge

Die Ausgaben für Heilbehandlungsmaßnahmen können sich, z. B. wegen steigender Kosten im Gesundheitswesen oder einer häufigeren Inanspruchnahme von Heilbehandlungsmaßnahmen, ändern.

Dementsprechend vergleichen wir jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt die Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als fünf Prozent, werden alle Beiträge für diese Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst.

Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und den unabhängigen Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

Die Änderung der Beiträge werden wir Ihnen unter Angabe der maßgeblichen Gründe in Textform mitteilen. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf unsere Mitteilung folgt.

Erhöht sich Ihr Beitrag, können Sie den Versicherungsvertrag in jedem Fall innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Beitragserhöhung wirksam wird.

10. Anpassung der Versicherungsbedingungen

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

Die Änderungen von Versicherungsbedingungen werden wir Ihnen unter Angabe der maßgeblichen Gründe in Textform mitteilen. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf unsere Mitteilung folgt.

Ist eine Bestimmung in den Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Versicherungsvertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde.

Im Falle von Änderungen der Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt werden die neuen Regelungen zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neuen Regelungen unter Angabe der maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Bestandteil Ihres Versicherungsvertrages.

11. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

11.1 Obliegenheiten

11.1.1 Anzeige Wegfall Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist uns innerhalb von zwei Monaten in Textform anzuzeigen.

11.1.2 Anzeige Adress-/Namensänderung

Der Versicherungsnehmer hat Änderungen seiner Anschrift oder seines Namens unverzüglich mitzuteilen. Anderenfalls gelten Erklärungen, die wir mit eingeschriebenem Brief an die letzte uns bekannte Anschrift senden, drei Tage nach Absendung als zugegangen.

11.1.3 Verlegung gewöhnlicher Aufenthalt ins Ausland
Verlegen Sie unter Aufrechterhaltung der Versicherungsfähigkeit Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, haben Sie uns unverzüglich eine verbindliche Zustelladresse mitzuteilen, an die wir dann sämtlichen Schriftverkehr Ihren Versicherungsvertrag betreffend zusenden können. Mit der Mitteilung einer Zustelladresse erklären Sie, dass unsere Zustellungen an diese Adresse Ihnen gegenüber als wirksam zugegangen gelten.

11.1.4 Zustimmung zu weiteren Zahnzusatzversicherungen
Jeder Abschluss einer weiteren Versicherung für die versicherte Person mit nicht unfallbedingten Leistungen für zahnärztliche Behandlungen in Deutschland bedarf unserer Zustimmung.

11.1.5 Schadenminderung

Die versicherte Person hat nach Eintritt eines Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind oder ihr entgegenstehen.

11.1.6 Auskünfte und Nachweise

Auf unser Verlangen haben Sie uns alle Auskünfte zu erteilen und alle Nachweise zu erbringen, die für die Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich sind.

Sie haben uns stets sämtliche Belege mit Erstattungsvermerk der GKV oder eines anderen Kostenträgers vorzulegen. Aus den Belegen müssen sich Vor- und Nachname der versicherten Person, die Behandlungsdaten, die durchgeführten Leistungen sowie die Höhe der Vorleistung ergeben.

Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn alle von uns geforderten Nachweise erbracht sind. Die Nachweise können uns sowohl elektronisch übermittelt als auch im Original vorgelegt werden. Die Belege gehen in unser Eigentum über.

11.1.7 Zahnärztliche Untersuchung

Die versicherte Person ist auf unser Verlangen verpflichtet, die behandelnden Zahnärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden und sich auf unsere Kosten durch einen von uns beauftragten Zahnarzt untersuchen zu lassen, soweit dies zur Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Die Untersuchung beschränkt sich in jedem Fall auf die für die Beurteilung unserer Leistungspflicht konkret in Frage stehende Heilbehandlungsmaßnahme.

11.2 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Abschnitt 11.1.4 - 11.1.7 werden wir mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Wird die in Abschnitt 11.1.4 genannte Obliegenheit verletzt, so können wir das Versicherungsverhältnis zudem, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG, innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

12. Obliegenheiten und Folgen von Verletzungen der Obliegenheiten bei Ansprüchen gegen Dritte

12.1 Abtretung bei Ansprüchen gegenüber Dritten

Haben Sie oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) zu leisten ist, an uns schriftlich abzutreten.

12.2 Pflicht zur Mitwirkung

Sie und die versicherte Person müssen einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht wahren. Dabei müssen Sie geltende Form- und Fristvorschriften beachten und uns bei der Durchsetzung der Ansprüche, soweit erforderlich, unterstützen.

12.3 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Ziffer 12.1 bzw. 12.2 werden wir mit den in § 86 Abs. 2 und 3 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, soweit wir infolge der Obliegenheitsverletzung keinen Ersatz von dem Dritten erlangen können.

12.4 Anspruch auf Rückzahlung gegen den Leistungserbringer

Steht Ihnen oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die wir aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht haben, gelten die Abschnitte 12.1 bis 12.3 entsprechend.

13. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Textform (z. B. per E-Mail oder Brief).

14. Anwendbares Recht und Gerichtsstand

Für diesen Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

Für alle Klagen aus dem Versicherungsvertrag ist das Gericht, in dessen Bezirk Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben, zuständig oder bei Klagen gegen uns auch wahlweise das Gericht an unserem Geschäftssitz.

Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist Ihr gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht an unserem Geschäftssitz zuständig.

15. Verjährung

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren regelmäßig in drei Jahren.

Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Berechtigte Kenntnis von den Umständen, die den Anspruch begründen, erlangt hat, bzw. ohne grobe Fahrlässigkeit hätte erlangen können.

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem unsere Entscheidung dem Anspruchsteller in Textform zugeht.