

Vertragsgrundlage 358

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif DENT

Seite 1 von 3 Stand: 04.2009

Ihr Versicherungsschutz

	Versicherungsfähig sind Personen, die bei einer Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland versichert	sind und für die keine anderen privaten Versicherungen mit Leistungsanspruch für Zahnersatz bestehen.
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	<ol style="list-style-type: none">Wir bieten Versicherungsschutz für die Versorgung der versicherten Person mit Zahnersatz.Versicherungsschutz besteht für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz bzw. dessen Erneuerung oder Reparatur, soweit dies erstmals nach Vertragsschluss angeraten wird (Versicherungsfall). Kein Versicherungsschutz besteht für die erstmalige Versorgung mit Zahnersatz für Zähne, die bei Vertragsschluss	<ol style="list-style-type: none">fehlten und nicht ersetzt waren.Der Umfang Ihres Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, zusätzlichen schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.Ihr Versicherungsschutz gilt weltweit.
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes	Ihr Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zugang des Versicherungsscheines oder	einer schriftlichen Annahmeerklärung (Vertragsschluss). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.
§ 3 Wartezeiten	Es bestehen keine Wartezeiten.	
§ 4 Informationen zum Leistungsumfang	<ol style="list-style-type: none">Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz oder dessen Reparatur, vorausgesetzt, es besteht für diese Maßnahmen ein von der Gesetzlichen Krankenversicherung anerkannter Anspruch auf einen Festzuschuss nach § 55 SGB V.Wir zahlen im Versicherungsfall den gleichen Betrag, der von der Gesetzlichen Krankenversicherung als Festzuschuss für diesen Zahnersatz erstattet wird. Nach Anrechnung des von der Gesetzlichen Krankenversicherung erstatteten Betrags sowie von Erstattungen anderer Kostenträger wird jedoch maximal die verblei-	<ol style="list-style-type: none">bende Differenz zu den tatsächlichen Kosten des unter den Versicherungsschutz fallenden Zahnersatzes gezahlt.Innerhalb der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn in diesem Tarif bestehen folgende Leistungsbegrenzungen:<ol style="list-style-type: none">1.-12. Monat insgesamt höchstens 300 EUR1.-24. Monat insgesamt höchstens 600 EUR1.-36. Monat insgesamt höchstens 900 EUR1.-48. Monat insgesamt höchstens 1.200 EUR.Ab dem 49. Monat und bei Unfällen entfällt die Begrenzung.
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	Wir leisten nicht für von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführte Versicherungsfälle.	
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen	<ol style="list-style-type: none">Zur Prüfung Ihres Erstattungsanspruches benötigen wir einen Nachweis über die bei der versicherten Person erbrachten Leistungen unter Angabe der betroffenen Zähne bzw. Bereiche und Behandlungsdaten (z.B. Zahnarztrechnung) sowie einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der Gesetzlichen Krankenversicherung und etwaiger Erstattungen Dritter. Nach Prüfung zahlen wir die tarifliche Leistung aus. Benennen Sie eine mit-versicherte Person widerruflich oder unwiderruflich als empfangsberechtigt für deren Versicherungsleistung,	<ol style="list-style-type: none">leisten wir an diese Person. Ihre Erklärung muss in Textform erfolgen. Andernfalls können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.Die in ausländischer Währung entstandenen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in unsere Landeswährung umgerechnet.Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne unsere Zustimmung weder abgetreten noch verpfändet werden.
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.	

Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer

§ 8 Beitragszahlung	<ol style="list-style-type: none">Der Versicherungsvertrag ist zunächst für die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres gilt als erstes Versicherungsjahr. Wird das Versicherungsverhältnis zum Ende des zweiten Versicherungsjahres nicht gekündigt, verlängert es sich stillschweigend.Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.Wenn Sie den Erstbeitrag oder einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, kann dies unter den Vorausset-	<ol style="list-style-type: none">zungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und mahnen wir Sie in Textform, so sind Sie zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet,
---------------------	---	--

§ 8 Fortsetzung	steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der	erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
§ 8a Beitragsberechnung	Die Beiträge für den Neuzugang ergeben sich aus den jeweils gültigen Beitragsübersichten. Sie richten sich nach dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr	der versicherten Person. Für Personen, die das 20., 40., 60. bzw. 80. Lebensjahr vollenden, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der ihrem Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.
§ 8b Beitragsanpassung	1. Unsere Versicherungsleistungen können sich durch steigende Behandlungskosten oder eine häufigere Inanspruchnahme oder steigende Lebenserwartung ändern. Wir vergleichen daher zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt eine dieser Gegenüberstellungen für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5% müssen alle Beiträge	dieses Tarifs von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. 2. Anpassungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf Ihre Benachrichtigung durch uns folgt. 3. Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können auch betragsmäßig festgelegte Höchstleistungsbeträge mit Zustimmung des Treuhänders angeho-
§ 9 Mitwirkungspflichten	1. Bitte beachten Sie, dass Sie und jede andere mitversicherte Person auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder Ihres Erstattungsanspruches dem Grunde und der Höhe nach erforderlich ist. 2. Auf unseren Wunsch hin ist der Versicherte verpflich-	tet, sich durch einen von uns beauftragten Zahnarzt untersuchen zu lassen. 3. Als Versicherungsnehmer sind Sie verpflichtet, uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.
§ 10 Folgen der Verletzung von Mitwirkungspflichten	Wenn Sie oder eine andere versicherte Person die in § 9 Abs. 1 und 2 beschriebenen Mitwirkungspflichten vorsätzlich verletzen, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Beruht die Verletzung auf grober Fahrlässigkeit, können wir unsere Leistung entsprechend der Schwere des Verschuldens herabsetzen. Außer bei	arglistiger Verletzung bleiben wir zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der von uns zu erbringenden Leistungen gehabt hat.
§ 11 Aufrechnung	Sie können gegenüber unseren Ansprüchen nur aufrechnen, soweit Ihre Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.	

Ende der Versicherung

§ 12 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	1. Sie können das Versicherungsverhältnis auch für einzelne Personen zum Ende eines jeden Monats, frühestens jedoch zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres, ohne Einhaltung einer Frist schriftlich kündigen. 2. Kündigen Sie für andere Versicherte, ist es erforderlich, dass Sie uns nachweisen, dass der Versicherte von der	Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. Der Versicherte hat dann das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, wenn er uns dies innerhalb von zwei Monaten nach Ihrer Kündigungserklärung mitteilt.
§ 13 Kündigung durch den Versicherer	Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	
§ 14 Sonstige Beendigungsgründe	1. Mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit endet die Versicherung für die jeweils versicherte Person, jedoch nicht vor dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von dem Wegfall Kenntnis erlangt. 2. Wenn eine versicherte Person stirbt, endet das Versicherungsverhältnis für diese Person. Wenn der Versicherungsnehmer stirbt, haben die bisher Mitversi-	cherten das Recht, die Versicherung unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, sofern uns diese Erklärung innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers schriftlich zugeht; andernfalls endet das Versicherungsverhältnis mit dem Tod des Versicherungsnehmers.

Sonstige Bestimmungen

§ 15 Willenserklärungen zum Versicherungsverhältnis	Ihre Willenserklärungen und Mitteilungen zum Versicherungsverhältnis erwarten wir schriftlich (Brief, Fax).	
§ 16 Verjährung Gerichtsstand	1. Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren, beginnend mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung fällig geworden ist. 2. Klagen gegen uns können bei dem für unseren Geschäftssitz zuständigen Gericht oder bei dem Gericht des Ortes geltend gemacht werden, an dem Sie in Deutschland Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. 3. Wir können Forderungen aus dem Versicherungsverhältnis bei dem Gericht des Ortes geltend machen, an dem Sie in Deutschland Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben.	4. Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt oder haben Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt bei Vertragsschluss in einem solchen Staat, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 17 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens sind wir berechtigt, die Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen anzupassen, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzung für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.	2. Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.
--	---	---

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz

Was ist im Leistungsfall von Ihnen zu beachten?	Damit wir Ihnen schnellstmöglich die tarifliche Leistung erstatten können, reichen Sie uns bitte nach Abschluss der Behandlung folgende Unterlagen ein: - Rechnung und Heil- und Kostenplan Ihres Zahnarztes mit Bewilligungsvermerk Ihrer Krankenkasse zum Festzuschuss - mit Angaben zur behandelten Person (Vor- und Zunamen, Geburtsdatum)	- mit Gesamtrechnungsbetrag - mit Behandlungsdaten (Behandlungsdauer) - mit Angaben zu den behandelten Zähnen und durchgeführten Leistungen. Wir empfehlen Ihnen, die Rechnung immer zusammen mit dem genehmigten Heil- und Kostenplan einzureichen. Eine vorherige Kostenzusage müssen Sie von uns nicht einholen.
Wofür besteht kein Versicherungsschutz?	Zahnersatzmaßnahmen für Zähne, - die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses fehlten und nicht ersetzt waren bzw.	- für die vor Vertragsschluss eine Versorgung mit Zahnersatz angeraten oder begonnen wurde, sind nicht Gegenstand der Versicherung nach Tarif DENT.

Vertragsgrundlage 377
Ergänzende allgemeine Versicherungsbedingungen für den
Tarif Zahnvorsorge DENT Smile

Stand: 04.2012

Ihr Versicherungsschutz									
	Versicherungsfähig sind Personen, für die bei der AXA Krankenversicherung AG eine Versicherung nach Tarif DENT besteht.								
I. Geltung der Versicherungsbedingungen	Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen beinhalten Ergänzungen des Versicherungsschutzes nach Tarif DENT. Soweit diese Bedingungen keine Regelungen zu bestimmten Sachverhalten enthalten, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifes DENT.								
II. Ergänzung zu §1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wir bieten Versicherungsschutz für <ol style="list-style-type: none"> a. Zahnbehandlung inklusive Zahnfüllung, Wurzel- und Parodontosebehandlung b. Zahnprophylaxe inklusive professioneller Zahnreinigung c. Kieferorthopädische Behandlung von Personen, <ol style="list-style-type: none"> i. die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (Kinder), soweit die gesetzliche Krankenkasse (GKV) hierfür keine Leistungen vorsieht. ii. die das 18. Lebensjahr vollendet haben (Erwachsene), wenn die Indikation auf einen Unfall zurückzuführen ist. 2. Versicherungsschutz besteht für die medizinisch notwendige Behandlung, soweit dies erstmals nach Vertragsschluss angeraten wird (Versicherungsfall). Diese Voraussetzungen gelten nicht für Leistungen nach Ziffer 1.b. 								
III. Ergänzung zu § 4 Informationen zum Leistungsumfang	<p>Erstattung der Aufwendungen jeweils inklusive der Vorleistung durch eine deutsche gesetzliche Krankenversicherung. Als Leistungen der Heilbehandlung gelten die in den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte aufgeführten Positionen. Diese werden bis zu den in den Gebührenordnungen festgelegten Höchstsätzen erstattet.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 50 % der Aufwendungen für <ol style="list-style-type: none"> a) medizinisch notwendige Zahnbehandlung b) medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung, begrenzt auf max. 500,- Euro je Maßnahme. 2. 25 % der Aufwendungen für Zahnprophylaxe inklusive professioneller Zahnreinigung, begrenzt auf max. 40,- Euro pro Kalenderjahr. <p>Innerhalb der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn im Tarif Zahnvorsorge Dent Smile bestehen für die Leistungen dieses Moduls zusätzlich folgende Leistungsbegrenzungen:</p> <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>1.-12. Monat insgesamt höchstens</td> <td>300,- Euro</td> </tr> <tr> <td>1.-24. Monat insgesamt höchstens</td> <td>600,- Euro</td> </tr> <tr> <td>1.-36. Monat insgesamt höchstens</td> <td>900,- Euro</td> </tr> <tr> <td>1.-48. Monat insgesamt höchstens</td> <td>1.200,- Euro</td> </tr> </table> <p>Ab dem 49. Monat und bei Unfällen entfällt die Begrenzung.</p>	1.-12. Monat insgesamt höchstens	300,- Euro	1.-24. Monat insgesamt höchstens	600,- Euro	1.-36. Monat insgesamt höchstens	900,- Euro	1.-48. Monat insgesamt höchstens	1.200,- Euro
1.-12. Monat insgesamt höchstens	300,- Euro								
1.-24. Monat insgesamt höchstens	600,- Euro								
1.-36. Monat insgesamt höchstens	900,- Euro								
1.-48. Monat insgesamt höchstens	1.200,- Euro								

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif DENT, Stand 04.2009

Vertragsgrundlage 375
Ergänzende allgemeine Versicherungsbedingungen für den
Tarif Zahnvorsorge DENT Inlay

Stand: 04.2012

Ihr Versicherungsschutz									
	Versicherungsfähig sind Personen, für die bei der AXA Krankenversicherung AG eine Versicherung nach Tarif DENT besteht.								
I. Geltung der Versicherungsbedingungen	Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen beinhalten Ergänzungen des Versicherungsschutzes nach Tarif DENT. Soweit diese Bedingungen keine Regelungen zu bestimmten Sachverhalten enthalten, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifes DENT.								
II. Ergänzung zu §1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wir bieten Versicherungsschutz für <ol style="list-style-type: none"> a. die Versorgung der versicherten Person mit Inlays (Einlagefüllungen) b. Zahnprophylaxe inklusive professioneller Zahnreinigung. 2. Versicherungsschutz besteht für die medizinisch notwendige Versorgung mit Inlays, soweit dies erstmals nach Vertragsschluss angeraten wird (Versicherungsfall). 								
III. Ergänzung zu § 4 Informationen zum Leistungsumfang	<p>Erstattung der Aufwendungen jeweils inklusive der Vorleistung durch eine deutsche gesetzliche Krankenversicherung. Als Leistungen der Heilbehandlung gelten die in den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte aufgeführten Positionen. Diese werden bis zu den in den Gebührenordnungen festgelegten Höchstsätzen erstattet.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 50 % der Aufwendungen für die medizinisch notwendige Versorgung mit Inlays begrenzt auf max. 500,- Euro pro Kalenderjahr. 2. 25 % der Aufwendungen für Zahnprophylaxe inklusive professioneller Zahnreinigung, begrenzt auf max. 40 Euro pro Kalenderjahr. <p>Innerhalb der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn im Tarif Zahnvorsorge Dent Inlay bestehen für die Leistungen dieses Moduls zusätzlich folgende Leistungsbegrenzungen:</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>1.-12. Monat insgesamt höchstens</td> <td>300,- Euro</td> </tr> <tr> <td>1.-24. Monat insgesamt höchstens</td> <td>600,- Euro</td> </tr> <tr> <td>1.-36. Monat insgesamt höchstens</td> <td>900,- Euro</td> </tr> <tr> <td>1.-48. Monat insgesamt höchstens</td> <td>1.200,- Euro</td> </tr> </table> <p>Ab dem 49. Monat und bei Unfällen entfällt die Begrenzung.</p>	1.-12. Monat insgesamt höchstens	300,- Euro	1.-24. Monat insgesamt höchstens	600,- Euro	1.-36. Monat insgesamt höchstens	900,- Euro	1.-48. Monat insgesamt höchstens	1.200,- Euro
1.-12. Monat insgesamt höchstens	300,- Euro								
1.-24. Monat insgesamt höchstens	600,- Euro								
1.-36. Monat insgesamt höchstens	900,- Euro								
1.-48. Monat insgesamt höchstens	1.200,- Euro								

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif DENT, Stand 04.2009