

AOK-PRIVAT

ZAHNPRO

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN



Zahnersatz

AOK-Privat macht Gesundheit bezahlbar

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Privatinitiative ist wichtig, wenn es um die Gesundheit geht. Deshalb haben die AOK Niedersachsen und die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung mit AOK-Privat leistungsstarke Versicherungsprodukte entwickelt, welche die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung optimal ergänzen. Mit AOK-Privat sind Sie nicht nur bestens abgesichert, Sie können auch Ihre finanzielle Eigenbeteiligung reduzieren.



Seit 2004 verbindet beide Unternehmen eine enge und erfolgreiche Kooperation, die es möglich macht, gesetzlichen und privaten Versicherungsschutz aus einer Hand anzubieten. Ihr Vorteil: Für Sie entfällt die lästige Suche nach einem geeigneten Versicherer. Die ALTE OLDENBURGER

Krankenversicherung überzeugt durch ihre Leistungsfähigkeit, Kundenorientierung, Beitragsstabilität und durch exzellente Bewertungen, unter anderem von der unabhängigen Rating-Agentur Assekurata.

AOK-Privat ZahnPro ist die private Zusatzversicherung für Zahnersatz mit wachsenden Leistungen. Mit dieser Zusatzversicherung ergänzen Sie den gesetzlichen Leistungsumfang optimal und kostengünstig.

Versicherungsbedingungen

Lesen Sie bitte die Versicherungsbedingungen genau durch. Sie sind wirksamer Vertragsbestandteil und Grundlage für die Leistungsgewährung. Risikoträger ist die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG. Der Versicherungsschein und andere Unterlagen werden durch die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG unterzeichnet.

Als AOK-Privat-Kunde betreut Sie Ihr persönlicher Ansprechpartner in Ihrer AOK vor Ort und das AOK-Privat-Team der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG.

Dr. Jürgen Peter
Vorstandsvorsitzender der

AOK – Die Gesundheitskasse
für Niedersachsen

Manfred Schnieders
Vorstandsvorsitzender der

ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung AG

Inhaltsübersicht

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten	4
Informationen zum Versicherungsvertrag bei der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG gemäß § 1 VVG-InfoV	6
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Zahnersatzzusatzversicherung nach Tarif AOK-Privat ZahnPro der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG für Mitglieder einer AOK	8
Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	14
Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall	15

Private Krankenversicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

ALTE OLDENBURGER
Private Krankenversicherung

Unternehmen:
ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Rechtsform:
Aktiengesellschaft, Deutschland

Produkt:
Krankenzusatzversicherung
Tarif AOK-Privat ZahnPro

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Diese Informationen sind nicht abschließend. Die vollständigen Informationen zum Inhalt Ihrer Versicherung finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankenzusatzversicherung für Versicherte der AOK.



Was ist versichert?

Tarif AOK-Privat ZahnPro

- ✓ Versorgung mit Zahnersatz, sofern für die erforderliche Maßnahme ein von der AOK anerkannter Leistungsanspruch besteht.
Die Aufwendungen werden in Höhe des **einfachen Festzuschusses** der AOK erstattet.
- ✓ Ab dem 7., 10. und 13. Versicherungsjahr erhöhen sich die Leistungen prozentual.

Die genauen Tarifbeschreibungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Heilbehandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- ✗ Bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne
- ✗ Maßnahmen, die vor Vertragsabschluss beantragt oder begonnen wurden sowie für vor Vertragsabschluss angeratene/empfohlene Maßnahmen
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter Nr. 2.4 „Leistungsausschlüsse“.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Der Erstattungsbetrag ist in den ersten drei Versicherungsjahren begrenzt.
- ! Zusammen mit der Vorleistung der AOK und anderweitigen Versicherungsleistungen (Erstattungen Dritter) werden max. 100 % des Rechnungsbetrages ersetzt.

Weitere Deckungsbeschränkungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter Nr. 2.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz gilt grundsätzlich nur in der Bundesrepublik Deutschland.
- ✓ Sofern ein Leistungsanspruch gegenüber der AOK besteht, erstreckt sich der Versicherungsschutz ausnahmsweise auch auf das europäische Ausland.

Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter Nr. 3.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Vor Vertragsschluss:

- Die vom Versicherer im Antrag geforderten Angaben sind von Ihnen vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen.

Während der Vertragslaufzeit:

- Den Abschluss einer weiteren Krankenversicherung mit Anspruch auf Leistungen für Zahnersatz haben Sie uns unverzüglich anzuzeigen.
- Wenn Sie Leistungsansprüche geltend machen wollen, sind Kopien des Heil- und Kostenplans inklusive der Material- und Laborkostenbelege mit einem Erstattungsvermerk der AOK oder eine spezifizierte Gesamtrechnung mit einem Erstattungsvermerk der AOK einzureichen.
Werden daneben privatärztliche Leistungen in Anspruch genommen, benötigen wir zusätzlich die dazugehörige Rechnung einschließlich der Material- und Laborkostenbelege im Original.
- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.

Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter Nr. 8, 9 und 12.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig.
- Der erste Beitrag ist am Tage des Versicherungsbeginns fällig.
- Wird das 20., 40. bzw. 60. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten.
- Wenn Sie den Beitrag nicht oder verspätet zahlen, kann es zum Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen.
- Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.

Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter Nr. 7.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Den Versicherungsbeginn entnehmen Sie Ihrem Versicherungsschein. Der Versicherungsschutz beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet beispielsweise mit dem Tod der versicherten Person.
- Versicherungsfähig und versicherbar sind nur Personen, die bei einer AOK versichert sind. Die Versicherung endet zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt.

Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter Nr. 4 und 13.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Mindestvertragslaufzeit von zwei Jahren, kündigen. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.
- Die Kündigungserklärung muss in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) erfolgen.

Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter Nr. 13.

Informationen zum Versicherungsvertrag bei der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG gemäß § 1 VVG-InfoV

Die folgenden Informationen geben Ihnen einen Überblick über die Grundlagen und Rechte des Versicherungsvertrages. Bewahren Sie diese Verbraucherinformationen bitte sorgfältig auf. Sie sind Bestandteil des Versicherungsvertrages.

Identität des Versicherers

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG,
Alte-Oldenburger-Platz 1, 49377 Vechta,
Telefon: 04441 905-0
Fax: 04441 905-470
E-Mail: info@alte-oldenburger.de
Internet: www.alte-oldenburger.de
Bankverbindung:
Landessparkasse zu Oldenburg,
Filialdirektion Vechta
BIC: SLZODE22,
IBAN: DE49280501000070412440
Registergericht: Amtsgericht Oldenburg,
HRB 201539,
Sitz: Vechta
Rechtsform: Aktiengesellschaft

Ladungsfähige Anschrift/gesetzliche Vertreter

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG,
Alte-Oldenburger-Platz 1, 49377 Vechta/
Postfach 1363, 49362 Vechta
vertreten durch den Vorstand
Manfred Schnieders (Vors.), Dr. Dietrich Vieregge

Hauptgeschäftstätigkeit/Aufsichtsbehörde

Hauptgeschäftstätigkeit der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG ist der Betrieb der privaten Krankenversicherung.

Die zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) Bereich Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108,
53117 Bonn
www.bafin.de

Sicherungsfonds

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Krankenversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds bei der Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln.

Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Die für das Versicherungsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind den Ihnen mit dieser Information ausgehändigten Unterlagen beigelegt. Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Versicherungsleistung können Sie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen u. a. unter den Kapiteln „Versicherungsschutz und Leistungen des Versicherers“ sowie „Weitere Pflichten des Versicherungsnehmers“ entnehmen. Die Fälligkeit der Leistung richtet sich nach § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Gemäß § 14 Absatz 1 VVG sind Geldleistungen des Versicherers mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen fällig.

Gesamtpreis

Den von Ihnen zu zahlenden monatlichen Beitrag, zu dem von Ihnen gewünschten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns, entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag bzw. dem Versicherungsschein.

Der Beitrag kann sich während der Vertragslaufzeit aufgrund von Beitragsanpassungen (siehe Allgemeine Versicherungsbedingungen „Beitragsanpassung“) ändern. Über die Höhe der angepassten Beiträge werden Sie rechtzeitig informiert. Sie erhalten in der Regel bei Beitragserhöhung, wie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter Kapitel „Ende der Versicherung“ ausgeführt, ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Zusätzliche Kosten

Weitere zusätzliche Steuern, Gebühren oder Kosten (außer Mahnkosten bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung) fallen für Sie nicht an.

Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und Erfüllung

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zustandekommen des Vertrages zu zahlen. Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher ausgehändigt wird. Weitere Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Beiträge, können Sie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter „Beitragszahlung“ entnehmen.

Zustandekommen des Vertrages

Der Vertrag kommt zustande, wenn der Vorstand schriftlich die Annahme des Antrages erklärt hat oder der Versicherungsschein ausgehändigt wird.

Beginn des Versicherungsschutzes

Den von Ihnen gewünschten Versicherungsbeginn entnehmen Sie bitte dem Antrag/Versicherungsschein. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf der Wartezeit.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:
ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG,
Alte-Oldenburger-Platz 1, 49377 Vechta /
Postfach 1363, 49362 Vechta.
Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 04441 905-470.

Informationen zum Versicherungsvertrag bei der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG gemäß § 1 VVG-InfoV

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich errechnet durch die Anzahl der Tage an denen Versicherungsschutz bestanden hat multipliziert mit 1/30 des im Versicherungsschein ausgewiesenen Monatsbeitrages. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung

Vertragslaufzeit

Der Krankenversicherungsvertrag wird pro Person und Tarif für eine Mindestlaufzeit von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern Sie ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf kündigen. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.

Beendigung des Vertrages

Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Mindestvertragsdauer von bis zu zwei Jahren (siehe unter Punkt „Vertragslaufzeit“), mit einer Frist von drei Monaten ordentlich kündigen. Genauere Informationen zu weiteren Möglichkeiten der Beendigung des Versicherungsverhältnisses und deren Voraussetzungen, auch seitens des Versicherers, erhalten Sie unter dem Kapitel „Ende der Versicherung“ der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Anwendbares Recht/Zuständiges Gericht

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Gegen uns gerichtete Klagen können bei dem Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder bei dem Gericht an unserem Sitz anhängig gemacht werden. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Vertragsprache

Sprache der Vertragsbedingungen, der Vorabinformationen sowie der Kommunikation während der Vertragslaufzeit ist Deutsch.

Beschwerde

Bei Fragen, Problemen oder Beschwerden wenden Sie sich bitte unter Angabe von Name, Anschrift und Versicherungsnummer über einen der unten aufgeführten Wege an uns. Falls eine abschließende Bearbeitung nicht innerhalb von 5 Arbeitstagen möglich ist, erhalten Sie einen Zwischenbescheid.

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Beschwerdemanagement
Alte-Oldenburger-Platz 1
49377 Vechta
Telefon: 04441 905-0
Fax: 04441 905-470
E-Mail: beschwerde@alte-oldenburger.de

Außergerichtliches Beschwerdeverfahren

Darüber hinaus haben Sie bei Meinungsverschiedenheiten die Möglichkeit, den unabhängigen und neutralen Ombudsmann der Privaten Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen.

Das Verfahren ist für Sie kostenfrei.

OMBUDSMANN

Private Kranken- und Pflegeversicherung,
Postfach 060222,
10052 Berlin,
Tel.: 0800 2550444 (kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen),
Fax: 030 20458931,
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Die Möglichkeit für Sie als Versicherungsnehmer den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde

Sie haben zusätzlich die Möglichkeit, die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) einzuschalten.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin),
Postfach 1253, 53002 Bonn,
Tel.: 0228 4108-0,
Fax: 0228 4108-1550,
E-Mail: poststelle@bafin.de,
Internet: www.bafin.de

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Zahnersatzzusatzversicherung nach Tarif AOK-Privat ZahnPro der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG für Mitglieder einer AOK

Versicherungsfähigkeit

1. Wer kann sich versichern?

Nach Tarif **AOK-Privat ZahnPro** sind nur Personen versicherungsfähig und versicherbar, die bei einer AOK versichert sind.

Neben dem Tarif **AOK-Privat ZahnPro** darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenversicherung mit Zahnersatzleistungen bei der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG bestehen oder abgeschlossen werden.

Versicherungsschutz und Leistungen des Versicherers

2. Was umfasst der Versicherungsschutz und welche Leistungen sind nicht versichert?

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

2.1 Versicherungsfall und Leistungen

a) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist **und** sofern für die erforderliche Maßnahme ein von der AOK **anerkannter** Leistungsanspruch besteht.

Als Zahnersatz gelten dabei zahnärztliche und zahn technische Leistungen für die Versorgung mit Zahnkronen, die Versorgung mit Brücken, die Versorgung mit herausnehmbarem Zahnersatz, die Kombinationsversorgung sowie die Versorgung mit Suprakonstruktionen (implantatgestützter Zahnersatz) einschließlich Reparaturen.

b) Die erstattungsfähigen Aufwendungen nach Nr. 2.1 a) werden bei Eintritt des Versicherungsfalles in gleicher Höhe wie von der AOK erstattet. Wir erstatten somit den einfachen Festzuschuss. Zahlt die AOK wegen „unzumutbarer Belastung“ einen doppelten Festzuschuss, übernehmen wir auch nur den einfachen Festzuschuss. Zusammen mit der Vorleistung der AOK und anderweitigen Versicherungsleistungen (Erstattungen Dritter) erhalten Sie **maximal** 100% des Rechnungsbetrages ersetzt.

c) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Zahnärzten und Ärzten frei, soweit diese zugleich Vertragszahnärzte/ärzte der AOK sind. Die Aufwendungen für erbrachte privatärztliche Leistungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Regelsätze¹ der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) / Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

2.2 Gestaffelte Erstattungsbeträge in den ersten drei Versicherungsjahren

Für die tariflichen Leistungen bestehen in den **ersten drei Versicherungsjahren Leistungsbegrenzungen**.

Die Gesamterstattung je versicherter Person beträgt im

- 1. Versicherungsjahr
maximal 250,- EUR
- 2. Versicherungsjahr
maximal 500,- EUR
- 3. Versicherungsjahr
maximal 750,- EUR

Mit Ablauf des 3. Versicherungsjahres entfallen diese summenmäßigen Begrenzungen.

Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Beginn des Tarifs **AOK-Privat ZahnPro** und endet nach 12 Monaten. Die Leistungen werden jeweils dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung durchgeführt wurde.

Die Begrenzung der tariflichen Leistungen während der ersten drei Versicherungsjahre entfällt für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind. In diesem Zusammenhang erbrachte Leistungen werden nicht auf die summenmäßigen Begrenzungen angerechnet.

2.3 Erhöhung der Leistungen bei langer Vertragslaufzeit

Nach Vollendung einer 6-jährigen Vertragslaufzeit erhalten Sie zusätzlich zu dem unter Nr. 2.1 beschriebenen einfachen Festzuschuss prozentuale Erhöhungen unserer Leistungen:

- ab dem 7. Versicherungsjahr
5% des Leistungsbetrages
- ab dem 10. Versicherungsjahr
10% des Leistungsbetrages
- ab dem 13. Versicherungsjahr
20% des Leistungsbetrages

2.4 Leistungsausschlüsse

Keine Leistungspflicht besteht für

- a) bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne;
- b) Maßnahmen, die vor Vertragsabschluss beantragt oder begonnen wurden sowie vor Vertragsabschluss angeratene/empfohlene Maßnahmen;
- c) nach Vertragsabschluss eingetretene Versicherungsfälle für den Teil, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt;
- d) Maßnahmen, die als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit erforderlich werden;
- e) auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
- f) funktionsanalytische, funktionstherapeutische und kieferorthopädische Leistungen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen;
- g) die Teile einer Rechnung, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) / Ärzte (GOÄ) nicht entsprechen oder die dort festgesetzten Höchstsätze überschreiten;
- h) über die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) / Ärzte (GOÄ) hinausgehende vereinbarte Abrechnungen bzw. abweichende Vereinbarungen;
- i) Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- j) Maßnahmen oder zahn technische Laborarbeiten und Materialien, für die Leistungen vereinbart sind, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen. In diesen Fällen können wir unsere Leistungen

¹ Das sind die Sätze, die von Zahnärzten/Ärzten ohne nähere Begründung oder ohne eine von der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) / Ärzte (GOÄ) abweichende Vereinbarung nicht überschritten werden dürfen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Zahnersatzzusatzversicherung nach Tarif AOK-Privat ZahnPro der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG für Mitglieder einer AOK

auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

3. Wo gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz gilt grundsätzlich **nur** in der **Bundesrepublik Deutschland**. Sofern ein Leistungsanspruch gegenüber der AOK besteht, erstreckt sich der Versicherungsschutz **ausnahmsweise** auch auf das europäische Ausland.

4. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeiten.

5. Welche Wartezeiten gelten?

Die Wartezeit beträgt **8 Monate** und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Bei Unfällen entfällt diese Wartezeit.

6. Unter welchen Voraussetzungen können Sie den Tarif wechseln?

Sie können einen Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus diesem Vertrag erworbenen Rechte verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach dem neuen Tarif erfüllt. Wir sind zur Annahme eines solchen Antrages verpflichtet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, können wir insoweit entweder einen Leistungsausschluss oder einen Risikozuschlag verlangen. Für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes sind Wartezeiten einzuhalten.

Der vom Umwandlungstermin an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter der versicherten Person (Unterschied zwischen dem Jahr der Umwandlung und dem Jahr der Geburt).

Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

Beiträge

Die Höhe des zu zahlenden Beitrags ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Die Beiträge sind an die von uns zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

7. Welche Voraussetzungen gelten für die Beitragszahlung, Beitragsberechnung und Beitragsanpassung?

7.1 Beitragszahlung

a) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Mo-

nats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzahlen bzw. zurückzahlen.

b) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher ausgehändigt wird.

c) Kommen Sie mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten (siehe Nr. 7.1 d) Satz 2) entrichtet sind.

d) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 Versicherungsvertragsgesetz (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und werden Sie in Textform gemahnt, so sind Sie zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.

e) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht uns für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.

f) Sie können gegen Forderungen unsererseits nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

7.2 Beitragsberechnung

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

Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem Tarif **AOK-Privat ZahnPro** beginnt und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Für die versicherte Person, die das 20., 40. bzw. 60. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

7.3 Beitragsanpassung

a) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Leistungen z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten und einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleichen wir zumindest jährlich für die Gesamtheit der Versicherten die erforderlichen mit den in den Technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vornhundertsatz, werden alle Beiträge von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Der tariflich festgelegte Vornhundertsatz beträgt 10. Bei einer Abweichung von mehr als 5 vom Hundert können die Beiträge des Tarifs von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Unter den gleichen Voraussetzungen können die in Nr. 2.2 beschriebenen Leistungsbegrenzungen angepasst werden.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Zahnersatzzusatzversicherung nach Tarif AOK-Privat ZahnPro der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG für Mitglieder einer AOK

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

c) Beitragsanpassungen sowie Änderungen der in Nr. 2.2 beschriebenen Leistungsbegrenzungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf Ihre Benachrichtigung folgt.

Weitere Pflichten des Versicherungsnehmers

8. Was müssen Sie während der Vertragslaufzeit beachten?

Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Versicherungsvertrag mit Anspruch auf Leistungen für Zahnersatz abgeschlossen, sind Sie verpflichtet, uns von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

Bitte halten Sie sich an diese Vorgabe. Wir sind im Falle einer Verletzung dieser Obliegenheit mit den in § 28 Abs. 1–4 Versicherungsvertragsgesetz (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei oder können das Versicherungsverhältnis sogar innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden gleich.

9. Was müssen Sie im Versicherungsfall beachten? Welche Belege/Nachweise sind einzureichen und was müssen diese enthalten?

9.1 Bitte senden Sie im Versicherungsfall Ihre Belege (siehe Nr. 9.2 und 9.3) an die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG.

9.2 Zur Geltendmachung Ihrer tariflichen Leistungsansprüche sind uns, nach Eingliederung des vorgesehenen Zahnersatzes, Kopien des, von der AOK mit entsprechendem Erstattungsvermerk gekennzeichneten, Heil- und Kostenplans inklusive der dazugehörigen Material- und Laborkostenbelege bzw. eine spezifizierte Gesamtrechnung mit dem Erstattungsvermerk der AOK einzureichen.

Sollten daneben privatärztliche Leistungen in Anspruch genommen worden sein, benötigen wir zusätzlich die dazugehörige privatärztliche Liquidation inklusive der Material- und Laborkostenbelege **im Original**.

Die Rechnungen müssen unter anderem enthalten:

- Vor- und Zunamen der behandelten Person,
- Geburtsdatum der behandelten Person,
- das Datum der Erbringung der Leistung,
- bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistungen einschließlich einer verständlichen Bezeichnung des behandelten Zahnes sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,
- bei Ersatz von Auslagen nach § 9 GOZ den Betrag und die Art der einzelnen Auslage sowie Bezeichnung, Gewicht, Tagespreis verwendeter Legierungen,
- bei nach dem Gebührenverzeichnis gesondert berechnungsfähigen Kosten Art, Menge und Preis verwendeter Materialien.

9.3 Hat sich ein anderer privater Krankenversicherer an den Kosten beteiligt, so genügen Zweitschriften der Rechnungen mit dessen Original-Erstattungsvermerk.

9.4 Die Belege und Nachweise werden unser Eigentum.

9.5 Wir sind verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn Sie uns diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt haben. Die Benennung kann widerrufen oder unwiderruflich erfolgen. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

9.6 Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit unserer Leistungen aus § 14 Versicherungsvertragsgesetz (siehe Anhang).

10. Belege in fremden Sprachen und ausländischer Währung

10.1 Wir können eine beglaubigte Übersetzung der Belege in die deutsche Sprache verlangen.

10.2 Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt wurden, gilt der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

11. Kosten für Überweisungen

Kosten für Überweisungen der Versicherungsleistungen können – mit Ausnahme auf ein inländisches Konto – von den Leistungen abgezogen werden.

12. Was müssen Sie außerdem nach Eintritt des Versicherungsfalls beachten (Obliegenheiten)?

12.1 Sie und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (siehe Nr. 9.5) haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.

12.2 Auf unser Verlangen ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

12.3 Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

Bitte halten Sie sich an die oben aufgeführten Vorgaben. Wir sind ansonsten mit den in § 28 Abs. 2–4 Versicherungsvertragsgesetz (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der oben genannten Obliegenheiten (Nr. 12.1 bis 12.3) verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden gleich.

12.4 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Zahnersatzzusatzversicherung nach Tarif AOK-Privat ZahnPro der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG für Mitglieder einer AOK

a) Haben Sie oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 Versicherungsvertragsgesetz (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der wir aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen) geleistet haben, an uns schriftlich abzutreten.

b) Sie oder die versicherte Person haben ihren Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruches dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch uns soweit erforderlich mitzuwirken.

c) Verletzen Sie oder eine versicherte Person vorsätzlich die in a) und b) genannten Obliegenheiten, sind wir zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als wir infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen können. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

d) 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, sind a) bis c) entsprechend anzuwenden.

Ende der Versicherung

13. Wie lange dauert der Versicherungsvertrag?

13.1 Der Versicherungsvertrag wird vom vereinbarten Versicherungsbeginn an für die Dauer von **zwei Versicherungsjahren** abgeschlossen. Als Versicherungsbeginn kann nur der Erste eines Monats vereinbart werden.

Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Beginn des Tarifs **AOK-Privat ZahnPro** und endet nach 12 Monaten.

Der Versicherungsvertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern Sie ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

13.2 Erreicht eine versicherte Person ein bestimmtes Lebensalter mit der Folge, dass ein höherer Beitrag einer anderen Altersgruppe zu zahlen ist, können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen.

13.3 Erhöhen wir die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindern wir unsere Leistungen gemäß Nr. 16.2, so können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung können Sie das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

13.4 Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

13.5 Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht (z. B. bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung) bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

13.6 Kündigen wir das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt Nr. 13.4 Sätze 1 und 2 entsprechend. Betrifft die Kündigung nur einzelne versicherte Personen, haben Sie das Recht, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats zu verlangen, in dem Ihnen unsere Kündigungserklärung zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

13.7 Das Versicherungsverhältnis endet mit Ihrem Tod. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach Ihrem Tod abzugeben.

13.8 Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

13.9 Die Versicherung nach Tarif **AOK-Privat ZahnPro** endet für die versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit (siehe Nr. 1) entfällt. Sie sind verpflichtet, uns den Eintritt des Beendigungsgrundes innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit in Textform mitzuteilen.

13.10 Mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses endet der Versicherungsschutz auch für Versicherungsfälle, die zu diesem Zeitpunkt noch andauern (schwebende Versicherungsfälle).

Sonstige Bestimmungen

14. Was gilt für in Bezug auf den Versicherungsvertrag abzugebende Willenserklärungen und Anzeigen?

14.1 An uns gerichtete Willenserklärungen und Anzeigen bedürfen der Textform.

Die Vertragssprache ist deutsch.

14.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift oder eine Namensänderung nicht mitgeteilt, genügt für eine Ihnen gegenüber abzugebende Erklärung die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns von Ihnen bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung als zugegangen.

15. Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

15.1 Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Soweit in den Vertragsvereinbarungen (Antrag, Versicherungsschein, Allgemeine Versicherungsbedingungen, Verbraucherinformationen, etc.) nichts abweichend vereinbart ist, gilt insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz.

15.2 Gegen uns gerichtete Klagen können bei dem Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder bei dem Gericht

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Zahnersatzzusatzversicherung nach Tarif AOK-Privat ZahnPro der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG für Mitglieder einer AOK

an unserem Sitz anhängig gemacht werden. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

15.3 Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland (d.h. in einen anderen Staat als die Bundesrepublik Deutschland) oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht an unserem Sitz zuständig.

16. Können sich die Allgemeinen Versicherungsbedingungen zukünftig ändern?

16.1 Sollten einzelne Bestimmungen in diesen Versicherungsbedingungen unwirksam sein, wird dadurch die Geltung der übrigen Regelungen und vertraglichen Vereinbarungen nicht berührt.

16.2 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen 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 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

16.3 Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen 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 Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen 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.

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betra-

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Zahnersatzzusatzversicherung nach Tarif AOK-Privat ZahnPro der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG für Mitglieder einer AOK

gen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Auszug aus dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG)

§ 1 Lebenspartnerschaft

Nach dem 30. September 2017 können Lebenspartnerschaften zwischen zwei Personen gleichen Geschlechts nicht mehr begründet werden. Dieses Gesetz gilt für

1. vor dem 1. Oktober 2017 in der Bundesrepublik Deutschland begründete Lebenspartnerschaften und
2. im Ausland begründete Lebenspartnerschaften, soweit auf sie deutsches Recht anwendbar ist.

Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

1 Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen. Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet. Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

2 Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Alterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren. Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden¹. Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

1) Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis:

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

INFORMATIONEN FÜR DEN LEISTUNGSFALL

Wann kann ich Versicherungsleistungen erhalten?

Die Voraussetzungen für den Erhalt von Versicherungsleistungen sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie in den gesetzlichen Vorschriften geregelt.

Wartezeiten

Bei AOK-Privat ZahnPro gibt es – wie bei anderen Zusatzversicherungen auch – eine Wartezeit. Leistungen können erst acht Monate nach Beginn der Versicherung in Anspruch genommen werden. Bei Unfällen entfällt die Wartezeit.

Wo kann ich die Rechnungsunterlagen einreichen?

Reichen Sie die für die Erstattung erforderlichen Unterlagen bei Ihrem persönlichen Ansprechpartner der AOK ein. Dieser übernimmt die Weiterleitung an die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung für Sie. Sie können Ihre Unterlagen auch direkt an das AOK-Privat-Team der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung senden:

AOK-Privat-Team
ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Alte-Oldenburger-Platz 1 · 49377 Vechta

Oder schnell und einfach per App. Sie finden die App für iOS- und Android-Geräte unter dem Suchwort „Meine AO“ in den Stores von Apple und Google.

www.aok-privat.de

Servicezentrum

AOKb0720

Ein Tarif der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Alte-Oldenburger-Platz 1 · 49377 Vechta · www.alte-oldenburger.de
Registergericht: Oldenburg HRB 201539
Vorstand: Manfred Schnieders (Vorsitzender), Dr. Dietrich Vieregge
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Ulrich Knemeyer