

Gesundheit

Ich möchte weniger
bezahlen müssen /

**AXA verdoppelt meinen
Zuschuss für Zahnersatz.**



Schon ab
2,50
Euro im Monat!

Zahnzusatzversicherung DENT

Maßstäbe / **neu definiert**



DENT – Ihr großes Plus bei Zahnersatz.

Sichern Sie sich den doppelten Festzuschuss

Gesundheit wird für immer mehr Menschen zu einer kostspieligen Angelegenheit. Gerade beim Zahnersatz müssen gesetzlich Krankenversicherte mit hohen finanziellen Belastungen rechnen. Denn die Leistungen der Krankenkassen decken die tatsächlich entstehenden Kosten bei weitem nicht ab. Sorgen Sie deshalb rechtzeitig vor.

Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen heute nur noch einen Festzuschuss. Je nach Befund und regelmäßiger Prophylaxe beträgt dieser Festzuschuss 50–65 %. Den Rest müssen Sie aus eigener Tasche bezahlen – und das kann teuer werden.

Schützen Sie sich deshalb vor unvorhersehbaren Kosten und entscheiden Sie sich für DENT, die private Zahnzusatzversicherung zum fairen Preis. Denn DENT verdoppelt den Zuschuss für Zahnersatz – und Sie müssen weniger zahlen.

Ein Beispiel, wie sich DENT rechnet

Zahnarzthonorar mit Material- und Laborkosten

981,48

Festzuschuss der Krankenkasse (bei regelmäßiger Prophylaxe in den letzten 10 Jahren)

– 474,35

Eigenanteil **ohne DENT**

= 507,13

Kostenzuschuss DENT

– 474,35

Verbleibende Eigenbeteiligung

= NUR 32,78

Ihre Vorteile bei DENT

- Sie verdoppeln den Festzuschuss Ihrer Krankenkasse.
- Es gibt keine Altersbegrenzung.
- Wir stellen keine Gesundheitsfragen.
- Jeder kann sich versichern, egal ob Kind, Jugendlicher oder Erwachsener.
- Es gibt keine Wartezeiten, d. h., Sie haben sofortigen Versicherungsschutz.
- DENT ist preiswert und unabhängig vom Geschlecht.

TIPP: Wenn Sie Ihr Bonusheft regelmäßig führen, erhöhen Sie prozentual den Festzuschuss Ihrer Krankenkasse und damit die Leistung aus DENT.

Kleiner Beitrag, große Sicherheit

Die Tabelle zeigt Ihnen, wie günstig eine private Zahnzusatzversicherung mit DENT ist. Entscheiden Sie sich jetzt für finanziellen Schutz zum fairen Preis!

Beiträge im Überblick

Alter	Monatlicher Beitrag
0–20	2,50 EUR
21–40	7,40 EUR
41–60	9,70 EUR
61–80	12,80 EUR

Eintrittsalter = Beginn- minus Geburtsjahr.

Beiträge für höhere Eintrittsalter erfragen Sie bitte bei Ihrem persönlichen Vermittler. Nach Vollendung des 20., 40. bzw. 60. Lebensjahres zahlen die Versicherten jeweils die Beiträge für die Altersstufe 21, 41 bzw. 61.



Treffen Sie jetzt die richtige Entscheidung!
Senden Sie den ausgefüllten Antrag an Ihren
persönlichen Betreuer oder rufen Sie ihn bei
Fragen einfach direkt an.

Ihre Vorteile bei DENT.

- Der Festzuschuss Ihrer Krankenkasse bei Zahnersatz wird verdoppelt.
- Wir stellen keine Gesundheitsfragen.
- Es gibt keine Wartezeiten, d. h., Sie haben sofortigen Versicherungsschutz.
- Jeder kann sich versichern, egal ob Kind, Jugendlicher oder Erwachsener.



Profitieren auch Sie von der privaten Zahnsatzversicherung DENT.

Füllen Sie am besten noch heute Ihren persönlichen Sofortantrag aus, trennen Sie ihn ab und schicken Sie ihn an Ihren persönlichen Betreuer. Und wenn Sie Fragen haben, rufen Sie ihn gerne jederzeit an.

AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln

Produktinformationsblatt

Tarif DENT

der AXA Krankenversicherung AG

Mit dieser Information geben wir Ihnen eine Übersicht über die wichtigsten Merkmale Ihrer gewünschten Versicherung. Beachten Sie bitte, dass das Produktinformationsblatt nur einen ersten Überblick gibt. Der Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein sowie den Versicherungsbedingungen.

1. Um welches Produkt handelt es sich?

Tarif DENT ist eine Krankheitskostenversicherung.

2. Welche Leistungen erhalten Sie?

Die Leistung dieser Versicherung beinhaltet die Übernahme der Kosten 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 Beitrag, der von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als Festzuschuss für diesen Zahnersatz erstattet wird. Nach Anrechnung des von der GKV erstatteten Betrages sowie von Erstattungen anderer Kostenträger wird jedoch maximal die verbleibende Differenz zu den tatsächlichen Kosten des unter den Versicherungsschutz fallenden Zahnersatzes gezahlt.

Innerhalb der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn in dem Tarif DENT bestehen folgende Leistungsbegrenzungen:

- 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

Ab dem 49. Monat und bei Unfällen entfällt die Begrenzung.

3. Wie hoch ist die Prämie und wann ist sie zu zahlen?

Die monatliche Prämie beträgt 2,50 Euro für Kinder und Jugendliche bis Alter 20 Jahre. Ab Alter 21 bis Alter 40 sind 7,40 Euro pro Monat fällig, ab Alter 41 bis Alter 60 sind 9,70 Euro pro Monat fällig und ab Alter 61 12,80 Euro.

Die Prämie ist jeweils zum Ersten eines Monats zu zahlen.

Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches der monatlichen Prämie für den entsprechenden Zeitraum jeweils im Voraus zu zahlen.

Wenn Sie die erste Prämie nicht oder verspätet bezahlen, haben wir das Recht, bis zur Zahlung der Erstprämie vom Vertrag zurückzutreten und eine angemessene Gebühr zu verlangen. Wird der Rücktritt von Seiten des Versicherers erklärt, so gilt der Versicherungsvertrag als nicht zustande gekommen und es besteht für Sie kein Versicherungsschutz.

Wird eine oder werden mehrere Folgeprämien nicht oder verspätet gezahlt, erhalten Sie auf Ihre Kosten eine Mahnung mit einer Zahlungsfrist. Zahlen Sie bis Ablauf dieser Frist nicht, kann dies unter bestimmten Voraussetzungen zur Leistungsfreiheit hinsichtlich einzelner Versicherungsfälle bis hin zur Kündigung des Versicherungsvertrages mit endgültigem Verlust des Versicherungsschutzes führen. Die Einzelheiten zu Folgen einer Nichtzahlung der Erstprämie wie auch der folgenden Prämien können Sie dem beigefügten Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (§§ 37, 38 und 194) entnehmen.

4. Können wir die Leistung einschränken oder ganz verweigern?

Sie haben grundsätzlich einen umfassenden Versicherungsschutz. Es gibt jedoch Leistungen, die vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind. So besteht keine Leistungspflicht für vorsätzlich herbeigeführte Versicherungsfälle. Einzelheiten zu im Tarif enthaltenen Leistungsausschlüssen können Sie in § 1 Absatz 2 und § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für den Tarif DENT nachlesen.

5. Was ist bei Vertragsabschluss zu beachten?

Bei bzw. vor Vertragsschluss bestehen für Sie keine besonderen Verpflichtungen, deren Nichtbeachtung negative Folgen hätte.

In diesem Zusammenhang bitten wir Sie lediglich, den Antrag sorgfältig auszufüllen, damit es während der Vertragslaufzeit auf Grund ggf. fehlerhafter Daten nicht zu Unannehmlichkeiten für Sie kommt.

6. Was ist während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Bitte informieren Sie uns, wenn eine versicherte Person aus der Gesetzlichen Krankenversicherung ausscheidet. Während der Laufzeit des Vertrages sind von Ihnen keine weiteren Obliegenheiten zu beachten außer nach Eintritt eines Versicherungsfalles. Die in diesem Fall zu beachtenden Obliegenheiten können Sie im Einzelnen dem § 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für den Tarif DENT entnehmen.

7. Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung gewünscht wird?

Bitte übersenden Sie uns auf unsere Anforderung hin alle Informationen und Unterlagen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind. § 9 der AVB für Tarif DENT enthält noch weitere von Ihnen zu beachtende Obliegenheiten nach dem Leistungsfall, deren Verletzung nach § 10 AVB Tarif DENT bis zur vollständigen Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann.

8. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt nach Erhalt des Versicherungsscheins und mit Zahlung des Erstbeitrages und wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

9. Wann können Sie Ihren Vertrag beenden?

Sie können nach Ablauf von zwei Jahren nach Vertragsbeginn zum Ende eines jeden Monats kündigen. Weitere Einzelheiten, insbesondere bezüglich der einzuhaltenden Fristen und der zu erbringenden Nachweise, entnehmen Sie bitte §§ 13 und 14 der AVB Tarif DENT.

Vertragsinformationen

1. Vertragspartner

Ihr Vertragspartner ist die AXA Krankenversicherung AG, Colonia-Allee 10–20, 51067 Köln, Postanschrift: 50592 Köln, eingetragen im Handelsregister Köln unter der Registernummer HR B Nr. 1012.

Die vertretungsberechtigten Vorstände entnehmen Sie bitte der Fußzeile des Schreibens, mit dem Ihnen der Versicherungsschein übersandt wird.

Unsere ausschließliche Geschäftstätigkeit ist der Betrieb der Kranken- und Pflegeversicherung.

2. Weitere Ansprechpartner

Sofern Ihr Vertrag mit Hilfe eines Vermittlers zustande kommt, steht Ihnen dieser als Ansprechpartner zur Verfügung. Seinen Namen und die Anschrift Ihres Vermittlers finden Sie auf dem Anschreiben zu unserem Angebot, dem Vorschlag oder dem Ihnen ausgehändigten Antragsvordruck. Bitte beachten Sie, dass es sich bei einem Versicherungsmakler nicht um einen Vertreter der AXA Krankenversicherung AG handelt.

3. Vertragsabschluss, Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes

a) Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages

Der Vertrag kommt mit uns zustande, wenn wir den von Ihnen gestellten Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages annehmen. Dies geschieht, indem wir Ihnen den Versicherungsschein oder eine ausdrückliche Annahmeerklärung übersenden und dieser / diese Ihnen zugeht.

b) Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes

Der Vertrag kommt mit uns zustande, wenn Sie das von uns auf Ihren Antrag hin erstellte Angebot, welches wir Ihnen mit den Bestimmungen und Informationen zum Vertrag übersenden, annehmen und Ihre Annahmeerklärung bei uns eingeht. Bitte beachten Sie die Fristen nach Ziffer 4.

c) Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Vertrages und Ablauf von im Tarif bezeichneten Wartezeiten.

4. Gültigkeit der Informationen und Angebote

Sofern die AXA Krankenversicherung AG die Gültigkeit der zur Verfügung gestellten Informationen oder evtl. Angebote begrenzt hat, finden Sie in den jeweiligen Dokumenten einen entsprechenden Hinweis. Im Übrigen gelten die Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Danach kann der einem Abwesenden gemachte Antrag nur bis zu dem Zeitpunkt angenommen werden, in welchem der Antragende den Eingang der Antwort unter regelmäßigen Umständen erwarten darf.

5. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins ohne Angaben von Gründen widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nur, wenn Sie den Versicherungsschein und alle Bestimmungen und Informationen zum Vertrag erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Eine Erklärung in Textform (z. B. per Fax oder E-Mail) ist ausreichend. Der Widerruf ist zu richten an AXA Krankenversicherung AG, Colonia-Allee 10–20, 51067 Köln, Postanschrift: 50592 Köln.

6. Laufzeit und wesentliche Merkmale der Versicherungsleistungen

Der Vertrag wird, sofern der Tarif keine abweichende Regelung enthält, auf unbestimmte Zeit geschlossen. Die vertraglich vereinbarte Mindestvertragsdauer entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der von Ihnen gewünschten Tarife.

Art und Umfang der Versicherungsleistung entnehmen Sie bitte dem Angebot nebst den ausgehändigten Allgemeinen Versicherungsbedingungen der gewünschten Tarife. Im Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen finden Sie auch einen Abdruck der wichtigsten für das Versicherungsverhältnis geltenden gesetzlichen Regelungen. Unsere Leistungen erbringen wir unverzüglich nach Abschluss der zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlichen Prüfung.

7. Garantiefonds

Zur Sicherung der Ansprüche von Versicherten ist die AXA Krankenversicherung AG Mitglied folgenden gesetzlichen Sicherungsfonds nach §§ 124, 127 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG): Medicator AG
Bayenthalgürtel 26
50968 Köln
Telefon: 02 21 - 3 76 62 - 0, Telefax: 02 21 - 3 76 62 - 10

8. Gesamtpreis der Versicherung

Die zu zahlenden Prämien für die von Ihnen gewünschten Tarife entnehmen Sie bitte dem Angebot/Vorschlag oder dem Produktinformationsblatt.

9. Zahlung und Erfüllung

Die Prämie ist, sofern nichts anderes vereinbart wurde, monatlich jeweils zum Ersten eines jeden Monats zu zahlen. Die erste Beitragsrate ist zum Versicherungsbeginn, frühestens aber unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen ab Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Üblicher Zahlungsweg ist das Lastschriftinzugsverfahren.

10. Kosten und Gebühren

Sie können sich mit unserem Kunden-Service-Zentrum unter der Rufnummer 0 180 3 - 55 66 22 in Verbindung setzen. Hierbei fallen Gebühren in Höhe von 9 Cent je angefangene Minute aus dem deutschen Festnetz an. Abweichende Gebühren aus dem Mobilfunknetz sind möglich.

11. Beendigung des Vertrages

Die AXA Krankenversicherung AG verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

Sie können den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Monats, frühestens aber zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres kündigen.

Sonstige Beendigungsgründe entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

12. Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Sowohl auf das vorvertragliche Rechtsverhältnis als auch auf den Versicherungsvertrag findet deutsches Recht Anwendung. Klagen aus dem Versicherungsverhältnis können bei dem für Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt zuständigen Gericht erhoben werden. Für den Fall, dass eine im Klageweg in Anspruch zu nehmende Partei keinen allgemeinen Gerichtsstand in Deutschland hat, ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort nach Vertragsschluss aus Deutschland verlegt hat oder ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, wird die Zuständigkeit der verbleibenden deutschen Gerichtsstände der anderen Partei vereinbart.

13. Vertragssprache

Vertragssprache ist Deutsch. Alle erforderlichen Informationen werden ebenfalls in Deutsch erteilt.

14. Außergerichtliche Rechtsbehelfe

Unser Ziel ist es, Ihnen einen optimalen Service zu bieten. Wenn uns das einmal nicht gelingt, informieren Sie uns bitte schriftlich oder rufen Sie uns an unter der Rufnummer 0 180 3 - 55 66 22.

- a) Sollten Sie mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden sein, haben Sie zur außergerichtlichen Streitbeilegung die Möglichkeit, den Versicherungsombudsmann anzurufen:

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstraße 13,
10117 Berlin, Telefon: 0 180 2 - 55 04 44 (6 Cent pro Anruf aus dem deutschen Festnetz), Telefax: 0 30 - 20 45 89 31, www.pkv-ombudsmann.de

- b) Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde einzulegen:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108,
53117 Bonn, www.bafin.de

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu bestreiten, bleibt hiervon unberührt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für Tarif DENT (Stand 1.2008)

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

- (1) Wir bieten Versicherungsschutz für die Versorgung der versicherten Person mit Zahnersatz.
- (2) 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 fehlten und nicht ersetzt waren.
- (3) Der Umfang Ihres Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, zusätzlichen schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) 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

- (1) 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.
- (2) 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 verbleibende Differenz zu den tatsächlichen Kosten des unter den Versicherungsschutz fallenden Zahnersatzes gezahlt.
- (3) Innerhalb der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn in diesem Tarif bestehen folgende Leistungsbegrenzungen:
 - 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

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

- (1) Zur Prüfung Ihres Erstattungsanspruchs 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 mitversicherte Person widerruflich oder unwiderruflich als empfangsberechtigt für deren Versicherungsleistung, leisten wir an diese Person. Ihre Erklärung muss in Textform erfolgen. Andernfalls können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (2) Die in ausländischer Währung entstandenen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in unsere Landeswährung umgerechnet.
- (3) 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

- (1) 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.
- (2) 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 Versicherungsscheins zu zahlen.
- (3) Wenn Sie den Erstbeitrag oder einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, kann dies unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 i. V. m. § 194 Abs. 2 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.
- (4) 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, 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 Höchsterstattungsbeträge mit Zustimmung des Treuhänders angehoben werden.

§ 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 verpflichtet, 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 Mitversicherten 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 Willenserklärung 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 Änderung zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzung für die Änderung überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderung wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderung 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.