

Wichtige Erklärungen des Antragstellers /der Antragstellerin und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise!

Gesonderte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Damit der Versicherer Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen kann, ist es notwendig, dass Sie die dort gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachfolgenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahreneherblichen Umstände, nach denen der Versicherer in Textform fragt, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Soweit der Versicherer nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, nochmals in Textform nach gefahreneherblichen Umständen fragt, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und solche Untersuchungen oder Analysen weder verlangen noch deren Ergebnisse oder Daten verwenden. **Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen zu!** Anzuzeigen sind jedoch bereits bestehende Erkrankungen, Beschwerden, Anomalien, Behinderungen, Fehlstellungen, Fehlbildungen oder Funktionsbeeinträchtigungen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann der Versicherer vom Versicherungsvertrag zurücktreten.

Dieses Recht steht dem Versicherer nicht zu ...

- wenn Sie nachweisen, dass die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt wurde, oder
- bei einer grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, abgeschlossen hätte.

Im Falle des Rücktritts besteht grundsätzlich kein Versicherungsschutz, es sei denn, der Versicherer erklärt den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles und Sie weisen nach, dass der nicht oder der nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich war.

Der Versicherungsschutz besteht allerdings auch in dem Fall nicht, wenn der Versicherer seine Vertragserklärung wegen arglistiger Verletzung der Anzeigepflicht angefochten hat.

Dem Versicherer steht im Falle eines Rücktritts wegen Anzeigepflichtverletzung die Prämie bis zum Wirksamwerden des Rücktritts zu.

2. Kündigung

Haben Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, es sei denn, er hätte den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, abgeschlossen.

3. Vertragsänderung

Steht dem Versicherer aufgrund der vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung weder ein Recht zum Rücktritt noch zur Kündigung zu, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, abgeschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, d. h., diese geschah weder vorsätzlich, grob fahrlässig noch fahrlässig, steht dem Versicherer auch das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Ausübung der Rechte des Versicherers

Der Versicherer kann sein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von diesem geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt.

Bei der Ausübung seiner Rechte hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Der Versicherer kann zur Begründung nachträglich weitere Umstände angeben, sofern für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Die Rechte erlöschen grundsätzlich nach Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Die Rechte erlöschen nach Ablauf von zehn Jahren bei einer vorsätzlichen oder arglistigen Verletzung der Anzeigepflicht. Die Ausübung der Rechte des Versicherers sind ausgeschlossen, wenn dieser die nicht oder unrichtig angezeigten Gefahrumstände kannte.

Stellvertretung

Wird der Vertrag durch Ihren Vertreter geschlossen, sind bei der Anwendung der vorgenannten Regelungen sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch Ihre Kenntnis oder Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihnen noch Ihrem Vertreter Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Einwilligung zur Bonitätsprüfung

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten (z. B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es zur Durchführung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses erforderlich ist (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG) und kein berechtigtes Interesse des Betroffenen an der Verarbeitung oder Nutzung entgegen steht.

Zum Schutz der Versichertengemeinschaft ist es grundsätzlich erforderlich Bonitätsprüfungen und Scoringverfahren durchzuführen. Zur Verbesserung der Transparenz für unsere Kunden erfolgen Bonitätsprüfungen und Scoringverfahren auf der Grundlage der nachstehenden Einwilligungserklärung.

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

1. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein anderes Unternehmen der AXA Gruppe oder eine Auskunftei (z. B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA)
2. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer, ein Unternehmen der AXA Gruppe oder eine Auskunftei eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit widerrufen. Sollten die Einwilligungen ganz oder teilweise verweigert werden, kann das dazu führen, dass ein Versicherungsvertrag nicht zustande kommt.

Widerrufsbelehrung für den Antrag auf Abschluss eines neuen Versicherungsvertrages und für den Bestand im Antragsverfahren

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, 3 und 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: AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln, Fax: 02 21 - 14 83 62 02, E-Mail: info@axa.de

Sofern Sie einen Versicherungsbeginn beantragen, der vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, erklären Sie sich einverstanden, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf dieser Frist beginnt und der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d. h. unverzüglich zu zahlen ist.



Bei einer Vertragsänderung gilt: Sofern der Beginn der beantragten Vertragsänderung vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, erklären Sie sich einverstanden, dass der erste geänderte oder einmalige Beitrag – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d.h. unverzüglich zu zahlen ist.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie, 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 Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich je nach Zahlweise wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat	X	1/360 der im Antrag ausgewiesenen Jahresprämie
		1/180 der im Antrag ausgewiesenen Halbjahresprämie
		1/90 der im Antrag ausgewiesenen Vierteljahresprämie
		1/30 der im Antrag ausgewiesenen Monatsprämie

Bei einer Vertragsänderung gilt: Im Falle eines wirksamen Widerrufs wird der Zustand wiederhergestellt, wie er vor dieser Vertragsänderung bestand, und wir erstatten Ihnen, sollte ein erhöhter Beitrag gezahlt worden sein, den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der erhöhten Prämie. Den Teil der erhöhten Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich je nach Zahlweise wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage, an denen der geänderte Versicherungsschutz bestanden hat	X	1/360 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Jahresprämie
		1/180 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Halbjahresprämie
		1/90 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Vierteljahresprämie
		1/30 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Monatsprämie

Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz oder im Falle einer Vertragsänderung der geänderte 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

Hinweis zur Datenverarbeitung

Sie können der Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten für Zwecke der Werbung jederzeit formlos und ohne Angabe von Gründen widersprechen. Der Widerspruch ist zu richten an: AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln, Fax 02 21 - 14 83 62 02, E-Mail: info@axa.de

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen.

Die Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die gesetzlichen Vorgaben einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.axa.de abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister.

Soweit die Verarbeitung Ihrer Daten auf der Grundlage einer ausdrücklichen Einwilligung- oder Schweigepflichtentbindungserklärung erfolgt, können Sie diese jederzeit widerrufen. Des Weiteren können Sie Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen sowie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Informationen gelten auch für die versicherte Person. Wenn die versicherte Person nicht zugleich Versicherungsnehmer ist, wird der Versicherungsnehmer diese Informationen der versicherten Person weitergeben.

In allen diesen Fällen können Sie sich jederzeit an den Kunden- und Partnerservice des AXA Konzerns, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln, telefonisch an 0221/148 41002 oder per E-Mail an service@axa.de wenden.

Hinweis auf die Möglichkeit des Widerspruchs gegen die Datenverwendung zur Werbung sowie Markt- und Meinungsforschung

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der AXA Gruppe und deren Kooperationspartner sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen.

Leistungsbegrenzung bei 2 oder 3 fehlenden Zähnen in den Tarifen DENT Premium-U und DENT Komfort-U

Bei 2-3 fehlenden Zähnen wird, abweichend von den Tarifbedingungen, die Leistung auf folgende Beträge begrenzt:

DENT Premium-U:

500 EUR im ersten Jahr,
1.000 EUR in den ersten 2 Jahren,
1.500 EUR in den ersten 3 Jahren,
2.000 EUR in den ersten 4 Jahren,
2.500 EUR in den ersten 5 Jahren,
3.000 EUR in den ersten 6 Jahren,
3.750 EUR in den ersten 7 Jahren,
4.500 EUR in den ersten 8 Jahren.

DENT Komfort-U:

400 EUR im ersten Jahr,
800 EUR in den ersten 2 Jahren,
1.300 EUR in den ersten 3 Jahren,
1.800 EUR in den ersten 4 Jahren,
2.300 EUR in den ersten 5 Jahren,
2.800 EUR in den ersten 6 Jahren,
3.300 EUR in den ersten 7 Jahren,
3.800 EUR in den ersten 8 Jahren.

Erstattungskonto

Wenn Sie ein spezielles Erstattungskonto wünschen, teilen Sie uns bitte den Kontoinhaber, die IBAN, die BIC und die Bankverbindung mit.

AXA Krankenversicherung AG
Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln · Postanschrift: 50592 Köln
Internet: www.AXA.de
Sitz der Gesellschaft Köln · Handelsregister Köln HR B Nr. 1012
USt.-Ident-Nr. DE 122786679 · Versicherungssteuernr. 9116/810/03020
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Jacques de Vaucleroy
Vorstand: Dr. Thomas Buberl, Vorsitzender;
Dr. Andrea van Aubel, Etienne Bouas-Laurent, Wolfgang Hanssmann,
Jens Hasselbächer

24-Stunden-Kundenservice: 0221 148-41000



Produktinformationsblatt

Tarif Zahnvorsorge DENT Premium-U 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. Die genannten Prämien gelten unter Vorbehalt und können sich aufgrund einer gegebenenfalls durchzuführenden Risikoprüfung noch ändern. Der Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, Versicherungsschein sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarifbedingungen.

1. Um welches Produkt handelt es sich?

Zahnvorsorge DENT Premium-U ist eine Krankheitskostenversicherung.

2. Welche Leistungen erhalten Sie?

Zahnvorsorge DENT Premium-U bietet als Zahnversicherungsschutz umfangreiche Leistungen.

Zahnersatz, Inlays

Bei Wahl einer privatärztlichen Versorgung:

85% der Aufwendungen inklusive der Vorleistung durch die gesetzliche Krankenkasse/Heilfürsorge für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz.

90% der Aufwendungen inklusive der Vorleistung durch die gesetzliche Krankenkasse/Heilfürsorge für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz und Inlays, wenn in den vergangenen 5 Jahren vor der Maßnahme jährlich eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung durchgeführt wurde.

Bei Wahl der Regelversorgung:

100% der Aufwendungen inklusive der Vorleistung durch die gesetzliche Krankenkasse/Heilfürsorge für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz und Inlays.

Zahnbehandlung

100% der Aufwendungen inklusive der Vorleistung durch die gesetzliche Krankenkasse/Heilfürsorge für die medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlung inklusive Zahnfüllung, Wurzel- und Parodontosebehandlung.

Prophylaxe und professionelle Zahnreinigung

100% der Aufwendungen inklusive der Vorleistung durch die gesetzliche Krankenkasse/Heilfürsorge für Zahnprophylaxe und professionelle Zahnreinigung. Die Leistung für professionelle Zahnreinigung ist auf 120,- EUR pro Jahr begrenzt.

Kieferorthopädie

Für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres:

90% der Aufwendungen, wenn die gesetzliche Krankenkasse nicht vorleistet. Wenn diese vorleistet, werden 90% der Aufwendungen inklusive der Vorleistung durch die gesetzliche Krankenkasse erstattet, max. 1.000,- EUR über die gesamte Vertragslaufzeit.

Für Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres:

90% der Aufwendungen inklusive der Vorleistung durch die gesetzliche Krankenkasse, wenn die Kieferorthopädie auf einen Unfall zurückzuführen ist.

Innerhalb der ersten 4 Versicherungsjahre ab Versicherungsbeginn sind die Leistungen auf bestimmte Höchstbeträge begrenzt (Zahnstaffel). Details dazu entnehmen Sie bitte dem Tarifblatt.

Im Tarif Zahnvorsorge DENT Premium-U ist eine Wartezeit von 6 Monaten enthalten.

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

monatliche Prämie für Alter	
bis 20	16,92 Euro
21-40	21,02 Euro
41-45	30,75 Euro
46-50	33,24 Euro
51-55	34,61 Euro
56-60	36,85 Euro
ab 61	42,58 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. Wenn der Versicherte den Rücktritt 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. 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 ausgeschlossen sind. Wir übernehmen beispielsweise keine Leistungen bei vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten oder Unfallfolgen. Dies gilt auch für die Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder, wobei die angefallenen Sachkosten von uns übernommen werden. Welche Leistungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind, können Sie detailliert in § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zahnvorsorge (AVB/ZV) nachlesen.

5. Was ist bei Vertragsabschluss zu beachten?

Das Wichtigste ist eine umfassende und vollständige Beantwortung aller Fragen, die wir Ihnen im Antrag unter „Gesundheitsfragen“ stellen. Geben Sie alle bekannten Beschwerden und Krankheiten an, auch solche, die Sie für unwichtig halten oder schon zwischenzeitlich auskuriert haben. Fehlende, falsche oder bagatellisierende Angaben können für Ihren Versicherungsschutz ernste Konsequenzen haben, so z. B. eine rückwirkende Erhöhung des Beitrages oder eine unter Umständen auch rückwirkende Aufhebung des Vertrages.

6. Was ist während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Während der Laufzeit des Vertrages bestehen keine von Ihnen zu beachtende Obliegenheiten sofern kein Versicherungsfall eintritt.

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

Bitte übersenden Sie uns auf unsere Aufforderung hin alle Unterlagen und Informationen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind. Der § 10 AVB/ZV enthält noch weitere Obliegenheiten, deren Verletzung nach § 11 AVB/ZV bis zur vollständigen Leistungsfreiheit des Versicherers führen können.

8. Wann beginnt und endet ihr Versicherungsschutz?

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

9. Wann können Sie Ihren Vertrag beenden?

Sie können nach Ablauf von zwei Versicherungsjahren nach Vertragsbeginn mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende kündigen. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 13 der AVB/ZV.



Produktinformationsblatt Tarif Zahnvorsorge DENT Komfort-U 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. Die genannten Prämien gelten unter Vorbehalt und können sich aufgrund einer gegebenenfalls durchzuführenden Risikoprüfung noch ändern. Der Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, Versicherungsschein sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarifbedingungen.

1. Um welches Produkt handelt es sich?

Zahnvorsorge DENT Komfort-U ist eine Krankheitskostenversicherung.

2. Welche Leistungen erhalten Sie?

Zahnvorsorge DENT Komfort-U bietet als Zahnversicherungsschutz umfangreiche Leistungen.

Zahnersatz, Inlays

Bei Wahl einer privatärztlichen Versorgung:

75% der Aufwendungen inklusive der Vorleistung durch die gesetzliche Krankenkasse/Heilfürsorge für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz und Inlays.

Bei Wahl der Regelversorgung:

100% der Aufwendungen inklusive der Vorleistung durch die gesetzliche Krankenkasse/Heilfürsorge für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz.

Zahnbehandlung

75% der Aufwendungen inklusive der Vorleistung durch die gesetzliche Krankenkasse/Heilfürsorge für die medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlung inklusive Zahnfüllung, Wurzel- und Parodontosebehandlung.

Prophylaxe und professionelle Zahnreinigung

75% der Aufwendungen inklusive der Vorleistung durch die gesetzliche Krankenkasse/Heilfürsorge für Zahnprophylaxe und professionelle Zahnreinigung. Die Leistung für professionelle Zahnreinigung ist auf 100,- EURO pro Jahr begrenzt.

Kieferorthopädie

Für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres:

75% der Aufwendungen, wenn die gesetzliche Krankenkasse nicht vorleistet. Wenn diese vorleistet, werden 75% der Aufwendungen inklusive der Vorleistung durch die gesetzliche Krankenkasse erstattet, max. 750,- EURO über die gesamte Vertragslaufzeit.

Für Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres:

75% der Aufwendungen inklusive der Vorleistung durch die gesetzliche Krankenkasse, wenn die Kieferorthopädie auf einen Unfall zurückzuführen ist.

Innerhalb der ersten 4 Versicherungsjahre ab Versicherungsbeginn sind die Leistungen auf bestimmte Höchstbeträge begrenzt (Zahnstaffel). Details dazu entnehmen Sie bitte dem Tarifblatt.

Im Tarif Zahnvorsorge DENT Komfort-U ist eine Wartezeit von 6 Monaten enthalten.

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

monatliche Prämie für Alter	
bis 20	12,58 Euro
21-40	14,71 Euro
41-45	22,56 Euro
46-50	24,61 Euro
51-55	25,72 Euro
56-60	27,54 Euro
ab 61	32,22 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. Wenn der Versicherer den Rücktritt 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. 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 ausgeschlossen sind. Wir übernehmen beispielsweise keine Leistungen bei vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten oder Unfallfolgen. Dies gilt auch für die Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder, wobei die angefallenen Sachkosten von uns übernommen werden. Welche Leistungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind, können Sie detailliert in § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zahnvorsorge (AVB/ZV) nachlesen.

5. Was ist bei Vertragsabschluss zu beachten?

Das Wichtigste ist eine umfassende und vollständige Beantwortung aller Fragen, die wir Ihnen im Antrag unter „Gesundheitsfragen“ stellen. Geben Sie alle bekannten Beschwerden und Krankheiten an, auch solche, die Sie für unwichtig halten oder schon zwischenzeitlich auskuriert haben. Fehlende, falsche oder bagatellisierende Angaben können für Ihren Versicherungsschutz ernste Konsequenzen haben, so z. B. eine rückwirkende Erhöhung des Beitrages oder eine unter Umständen auch rückwirkende Aufhebung des Vertrages.

6. Was ist während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Während der Laufzeit des Vertrages bestehen keine von Ihnen zu beachtende Obliegenheiten sofern kein Versicherungsfall eintritt.

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

Bitte übersenden Sie uns auf unsere Aufforderung hin alle Unterlagen und Informationen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind. Der § 10 AVB/ZV enthält noch weitere Obliegenheiten, deren Verletzung nach § 11 AVB/ZV bis zur vollständigen Leistungsfreiheit des Versicherers führen können.

8. Wann beginnt und endet ihr Versicherungsschutz?

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

9. Wann können Sie Ihren Vertrag beenden?

Sie können nach Ablauf von zwei Versicherungsjahren nach Vertragsbeginn mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende kündigen. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 13 der AVB/ZV.



Produktinformationsblatt

Tarif Zahnvorsorge DENT, DENT Inlay und DENT Smile 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 Zahnvorsorge DENT sowie die Ergänzungsbausteine DENT Inlay und DENT Smile sind Krankheitskostenversicherungen.

2. Welche Leistungen erhalten Sie?

Die Leistung von Tarif Zahnvorsorge DENT 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 (GKV) anerkannter Anspruch auf einen Festzuschuss nach § 55 SGB V.

Wir zahlen im Versicherungsfall den gleichen Beitrag, der von der 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 den Tarifen Zahnvorsorge DENT, DENT Inlay und DENT Smile bestehen jeweils 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.

Zahnvorsorge DENT Inlay ist eine ideale Ergänzung zum Tarif Zahnvorsorge DENT. Ergänzend zu Zahnvorsorge DENT sind folgende Leistungen versichert:

Inlays

50% der Aufwendungen inklusive der Vorleistung durch die gesetzliche Krankenkasse/Heilfürsorge für die medizinisch notwendige Versorgung mit Inlays, max. 500,- Euro pro Jahr.

Prophylaxe und professionelle Zahnreinigung

25% der Aufwendungen inklusive der Vorleistung durch die gesetzliche Krankenkasse/Heilfürsorge für Zahnprophylaxe und professionelle Zahnreinigung, max. 40,- Euro pro Jahr.

Innerhalb der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn sind die Leistungen auf bestimmte Höchstbeträge begrenzt (Zahnstaffel). Details dazu entnehmen Sie bitte dem Tarifblatt.

Zahnvorsorge DENT Smile ist eine ideale Ergänzung zum Tarif Zahnvorsorge DENT. Ergänzend zu Zahnvorsorge DENT sind folgende Leistungen versichert:

Zahnbehandlung

50% der Aufwendungen inklusive der Vorleistung durch die gesetzliche Krankenkasse/Heilfürsorge für die medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlung inklusive Zahnfüllung, Wurzel- und Parodontosebehandlung.

Prophylaxe und professionelle Zahnreinigung

25% der Aufwendungen inklusive der Vorleistung durch die gesetzliche Krankenkasse/Heilfürsorge für Zahnprophylaxe und professionelle Zahnreinigung, max. 40,- Euro pro Jahr.

Kieferorthopädie

50% der Aufwendungen für Versicherte bis zu Vollendung des 18. Lebensjahres, wenn die gesetzliche Krankenkasse nicht vorleistet, max. 500,- Euro pro Maßnahme. Für Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres 50% der Aufwendungen inklusive der Vorleistung durch die gesetzliche Krankenkasse, wenn die Kieferorthopädie auf einen Unfall zurückzuführen ist.

Innerhalb der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn sind die Leistungen auf bestimmte Höchstbeträge begrenzt (Zahnstaffel). Details dazu entnehmen Sie bitte dem Tarifblatt.

Der besondere Vorteil im Tarif Zahnvorsorge DENT und den Ergänzungsbausteinen DENT Inlay und DENT Smile: Es gibt keine Wartezeiten, d. h. Sie haben sofortigen Versicherungsschutz.

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

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

Die monatliche Prämie im **Tarif Zahnvorsorge DENT Inlay** beträgt 0,29 Euro für Kinder bis Alter 20 Jahre. Ab Alter 21 bis Alter 40 sind 1,73 Euro pro Monat, ab Alter 41 bis Alter 60 2,67 Euro fällig, ab Alter 61 sind es 3,25 Euro.

Die monatliche Prämie im **Tarif Zahnvorsorge DENT Smile** beträgt 6,61 Euro für Kinder bis Alter 20 Jahre. Ab Alter 21 bis Alter 40 sind 2,19 Euro pro Monat, ab Alter 41 bis Alter 60 2,30 Euro fällig, ab Alter 61 sind es 2,31 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 Zahnvorsorge 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 (GKV) 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 Zahnvorsorge 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 Zahnvorsorge DENT enthält noch weitere von Ihnen zu beachtende Obliegenheiten nach dem Leistungsfall, deren Verletzung nach § 10 AVB Tarif Zahnvorsorge 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 Zahnvorsorge 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: 0221 37662-0
Telefax: 0221 37662-10

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 SEPA-Lastschriftverfahren.

10. Kosten und Gebühren

Sie können sich mit unserem Kunden-Service-Zentrum unter der Rufnummer 0221 148 - 41000 in Verbindung setzen.

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 0221 148 - 41000.

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,
Telefax: 030 20458931,
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.



Vertragsgrundlage 006

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Zahnvorsorge (AVB/ZV) Teil I

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.

(3) Der Geltungsbereich für den Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) sowie die Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR). Während der ersten drei Monate eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes besteht weltweit Versicherungsschutz. Dies gilt für Auslandsaufenthalte, die auch dem Zweck der Heilbehandlung dienen, nur, wenn der Versicherer dies vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung (Vertragsabschluss) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeit beträgt grundsätzlich sechs Monate.

(2) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an. Sie entfallen bei Unfällen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Umfang der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

(3) Als Leistungen der Heilbehandlung gelten die in den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte aufgeführte Positionen. Diese werden bis zu den in den Gebührenordnungen festgelegten Höchstsätzen erstattet, sofern der Tarif nicht anderes vorsieht.

(4) Arznei- und Verbandsmittel müssen von den Zahnärzten verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

(5) Der Versicherer leistet in vertraglichem Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben, oder, die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

(6) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(7) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht

1. für auf Vorsatz beruhende Erkrankungen und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr begangenen Verbrechen des Mordes, des Totschlags oder der Vergewaltigung zugezogen hat.

2. für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfolgen, die durch Kriegereignisse im Ausland verursacht werden, sofern vor dem Zeitpunkt der Einreise für das betreffende Land eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes gegeben war;

Dies gilt auch, wenn sich die versicherte Person zum Zeitpunkt der Reisewarnung des Auswärtigen Amtes oder bei Ausbruch des Krieges bereits in dem betreffenden Land aufhält und dieses nicht unverzüglich nach Veröffentlichung der Reisewarnung bzw. Ausbruch des Krieges verlässt. Die vorgenannten Regelungen gelten sowohl für private als auch berufliche Auslandsaufenthalte;

3. für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

(2) Besteht auch Anspruch auf Leistung aus der gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung oder auf eine gesetzliche Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistung notwendig bleiben.

§ 6 Auszahlung von Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

(2) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

(3) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein ausländisches Konto und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

(4) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig.

(2) Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Liegt der Versicherungsbeginn in der Zukunft, wird der erste Beitrag erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.

(3) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 9 Beitragsberechnung

(1) Die Höhe des Beitrages für den Neuzugang richtet sich nach dem Alter der versicherten Person bei Versicherungsbeginn (Eintrittsalter) und ergibt sich aus den jeweils gültigen Beitragsübersichten. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr.

(2) Für Personen, die das 20., 40., 45., 50., 55., 60. bzw. 80. Lebensjahr vollenden, ist ab dem Beginn des folgenden Kalenderjahres der ihrem Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

(3) Der Versicherer überprüft die Prämien der Tarife gemäß § 203 Absatz 2 VVG in Verbindung mit § 12 b Absatz 2 VAG, wenn der jährliche Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 7 % für die Versicherungsleistungen und 5% für die Sterbewahrscheinlichkeit ergibt. Im Übrigen bleiben die gesetzlichen Bestimmungen zur Prämienanpassung unberührt.

§ 10 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

(2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.



§ 11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2-4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 11 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person werden dem Versicherungsnehmer zugerechnet und stehen insoweit seiner Kenntnis und seinem Verschulden gleich.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen, frühestens jedoch zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres.

(2) Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt und endet am 31.12. des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Das Versicherungsverhältnis endet bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person insoweit zu dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer hiervon Kenntnis erlangt.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart oder vom Gesetz vorgesehen ist.

Gültig ab 10.2013



Teil II: Zusatzversicherung für ambulante zahnärztliche Heilbehandlung

<p>A. Leistungen des Versicherers</p> <p>1. Medizinisch notwendiger Zahnersatz, Kronen und Inlays</p> <p>2. Medizinisch notwendige Kieferorthopädie (KfO)</p> <p>3. Professionelle Zahnreinigung und sonstige Zahnprophylaxe sowie medizinisch notwendige Zahnbehandlung</p>	<p>Erstattung der Aufwendungen jeweils inklusive der Vorleistung durch eine deutsche gesetzliche Krankenversicherung (GKV)/Heilfürsorge.</p> <p style="text-align: right;">85%</p> <p>der Aufwendungen bei privatärztlicher Versorgung für</p> <p>a) den Ersatz fehlender Zähne (z. B. Implantate, Brücken und Prothesen)</p> <p>b) Kronen, Suprakonstruktionen und Inlays</p> <p style="text-align: right;">90%</p> <p>der Aufwendungen für die in Buchstabe a) + b) aufgeführten Behandlungsmaßnahmen bei privatärztlicher Versorgung, wenn der Nachweis (z. B. durch ein Bonusheft) erbracht wird, dass in den vorangegangenen fünf Jahren jährlich eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung erfolgte.</p> <p style="text-align: right;">100%</p> <p>der Aufwendungen für die in Buchstabe a) + b) aufgeführten Behandlungsmaßnahme, wenn die Rechnung keine privat Zahnärztlichen Vergütungsanteile nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) enthält (Regelversorgung).</p> <p style="text-align: right;">90%</p> <p>der Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlung,</p> <p>a) wenn diese vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde und die GKV hierfür keine Leistungen vorsieht. Soweit die GKV hierfür eine Leistung vorsieht, bis max. 1000,- Euro für die gesamte Vertragslaufzeit.</p> <p>b) wenn die Behandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde und wenn die Indikation auf einen Unfall zurückzuführen ist.</p> <p style="text-align: right;">100%</p> <p>der Aufwendungen bei privatärztlicher Versorgung für</p> <p>a) professionelle Zahnreinigung und sonstige Maßnahmen zur Verhütung und Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (Prophylaxe), begrenzt auf max. 120,- Euro pro Kalenderjahr</p> <p>b) Zahnbehandlung. Diese umfasst die zahnärztlichen Leistungen zur Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.</p>								
<p>B. Begrenzungen der Leistung</p> <p>1. Zahnstaffel</p> <p>2. Behandlung von Ärzten und Zahnärzten ohne Kassenzulassung</p> <p>3. Vorleistung der GKV</p>	<p>Die Leistungen des Versicherers gemäß Abschnitt A. sind in den ersten vier Versicherungsjahren wie folgt begrenzt:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>1. Jahr:</td> <td>1.000,- Euro</td> </tr> <tr> <td>1.-2. Jahr:</td> <td>2.000,- Euro</td> </tr> <tr> <td>1.-3. Jahr:</td> <td>3.000,- Euro</td> </tr> <tr> <td>1.-4. Jahr:</td> <td>4.500,- Euro</td> </tr> </table> <p>Das jeweilige Behandlungsdatum ist für die Zuordnung zu den Versicherungsjahren maßgeblich.</p> <p>Die Begrenzungen gelten nicht für unfallbedingte Aufwendungen.</p> <p>Werden Leistungen nach A1, A2 und A3 b) von Ärzten und Zahnärzten ohne Kassenzulassung erbracht, so werden pauschal 40 % des Rechnungsbetrages als fiktive Leistung der GKV angerechnet.</p> <p>Die Reduzierung des Erstattungsbetrages entfällt, wenn eine Vorleistung der GKV/Heilfürsorge nachgewiesen wird.</p> <p>Als Vorleistung der GKV gelten auch</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbstbehalte, die der Versicherte mit der GKV zur Beitragsreduzierung vereinbart hat. • die in der GKV geltenden Eigenanteile des Versicherten bei kieferorthopädischen Behandlungen, die dem Versicherten lediglich bei Abschluss der Behandlung erstattet werden. 	1. Jahr:	1.000,- Euro	1.-2. Jahr:	2.000,- Euro	1.-3. Jahr:	3.000,- Euro	1.-4. Jahr:	4.500,- Euro
1. Jahr:	1.000,- Euro								
1.-2. Jahr:	2.000,- Euro								
1.-3. Jahr:	3.000,- Euro								
1.-4. Jahr:	4.500,- Euro								
<p>C. Bonifikationen</p>	<p>Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, welche die Qualität oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen eventueller Bonifikationen werden den Versicherten rechtzeitig mitgeteilt.</p>								
<p>D. Versicherungsfähigkeit</p>	<p>Der Tarif Zahnvorsorge DENT Premium-U kann nur von Personen, die Mitglied einer deutschen GKV oder bei einer solchen familienversichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben, als Ergänzung zu den damit verbundenen Leistungen abgeschlossen werden.</p> <p>Mit Wegfall der vorgenannten Voraussetzung zum Abschluss des Tarifes Zahnvorsorge DENT Premium-U endet auch die Versicherung im Tarif Zahnvorsorge DENT Premium-U.</p>								

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I für die Zahnvorsorge

Gültig ab 04.2013



Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif DENT Premium-U oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Welche Aufwendungen zählen zum Zahnersatz?

- Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen, Inlays, Onlays,
- Prothetische Leistungen (Brücken, Stiftzähne, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur),
- Implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen sowie erforderlicher Knochenaufbau,
- Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Keramikverblendungen, bis einschl. dem 6er-Zahn. Im nicht sichtbaren Bereich ab dem 7er-Zahn sind Metallverblendungen zu wählen,
- Material- und Laborkosten, soweit diese bei den jeweiligen Zahnersatzmaßnahmen anfallen.

Welche Aufwendungen zählen zur Zahnbehandlung?

- Dentinadhäsive Konstruktionen (Kunststoff- bzw. Kompositfüllungen),
- Wurzelbehandlungen,
- Parodontologische Leistungen,
- Aufbissbehelfe und Schienen,
- Material- und Laborkosten, soweit diese bei der jeweiligen Zahnbehandlung anfallen.

Welche Aufwendungen zählen zur professionellen Zahnreinigung/Zahnprophylaxe?

- Entfernung weicher und harter Beläge, Reinigung der Zahnzwischenräume, Politur der Zähne,
- Fluoridierung, Fissurenversiegelungen,
- Speicheltest zur Keimbestimmung, Erstellung eines Mundhygienestatus und weitere Kontrollen des Übungserfolges.



Teil II: Zusatzversicherung für ambulante zahnärztliche Heilbehandlung									
<p>A. Leistungen des Versicherers</p> <p>1. Medizinisch notwendiger Zahnersatz, Kronen und Inlays</p> <p>2. Medizinisch notwendige Kieferorthopädie (KfO)</p> <p>3. Professionelle Zahnreinigung und sonstige Zahnprophylaxe sowie medizinisch notwendige Zahnbehandlung</p>	<p>Erstattung der Aufwendungen jeweils inklusive der Vorleistung durch eine deutsche gesetzliche Krankenversicherung (GKV)/Heilfürsorge.</p> <p style="text-align: right;">75 %</p> <p>der Aufwendungen bei privatärztlicher Versorgung für</p> <p>a) den Ersatz fehlender Zähne (z. B. Implantate, Brücken und Prothesen)</p> <p>b) Kronen, Suprakonstruktionen und Inlays</p> <p style="text-align: right;">100 %</p> <p>der Aufwendungen für die in Buchstabe a) + b) aufgeführten Behandlungsmaßnahme, wenn die Rechnung keine privat Zahnärztlichen Vergütungsanteile nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) enthält (Regelversorgung).</p> <p style="text-align: right;">75 %</p> <p>der Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlung,</p> <p>a) wenn diese vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde und die GKV hierfür keine Leistungen vorsieht. Soweit die GKV hierfür eine Leistung vorsieht, bis max. 750,- Euro für die gesamte Vertragslaufzeit.</p> <p>b) wenn die Behandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde und wenn die Indikation auf einen Unfall zurückzuführen ist.</p> <p style="text-align: right;">75 %</p> <p>der Aufwendungen bei privatärztlicher Versorgung für</p> <p>a) professionelle Zahnreinigung und sonstige Maßnahmen zur Verhütung und Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (Prophylaxe), begrenzt auf max. 100,- Euro pro Kalenderjahr</p> <p>b) Zahnbehandlung. Diese umfasst die zahnärztlichen Leistungen zur Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.</p>								
<p>B. Begrenzungen der Leistung</p> <p>1. Zahnstaffel</p> <p>2. Behandlung von Ärzten und Zahnärzten ohne Kassenzulassung</p> <p>3. Vorleistung der GKV</p>	<p>Die Leistungen des Versicherers gemäß Abschnitt A. sind in den ersten vier Versicherungsjahren wie folgt begrenzt:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">1. Jahr:</td> <td>800,- Euro</td> </tr> <tr> <td>1.-2. Jahr:</td> <td>1.800,- Euro</td> </tr> <tr> <td>1.-3. Jahr:</td> <td>2.800,- Euro</td> </tr> <tr> <td>1.-4. Jahr:</td> <td>3.800,- Euro</td> </tr> </table> <p>Das jeweilige Behandlungsdatum ist für die Zuordnung zu den Versicherungsjahren maßgeblich. Die Begrenzungen gelten nicht für unfallbedingte Aufwendungen.</p> <p>Werden Leistungen nach A1, A2 und A3 b) von Ärzten und Zahnärzten ohne Kassenzulassung erbracht, so werden pauschal 40 % des Rechnungsbetrages als fiktive Leistung der GKV angerechnet.</p> <p>Die Reduzierung des Erstattungsbetrages entfällt, wenn eine Vorleistung der GKV/Heilfürsorge nachgewiesen wird.</p> <p>Als Vorleistung der GKV gelten auch</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbstbehalte, die der Versicherte mit der GKV zur Beitragsreduzierung vereinbart hat. • die in der GKV geltenden Eigenanteile des Versicherten bei kieferorthopädischen Behandlungen, die dem Versicherten lediglich bei Abschluss der Behandlung erstattet werden. 	1. Jahr:	800,- Euro	1.-2. Jahr:	1.800,- Euro	1.-3. Jahr:	2.800,- Euro	1.-4. Jahr:	3.800,- Euro
1. Jahr:	800,- Euro								
1.-2. Jahr:	1.800,- Euro								
1.-3. Jahr:	2.800,- Euro								
1.-4. Jahr:	3.800,- Euro								
<p>C. Option zur Umstellung</p>	<p>Versicherte Personen haben das Recht zum 1.4. des sechsten Versicherungsjahres ohne erneute Gesundheitsprüfung in den Tarif Zahnvorsorge DENT Premium-U des Versicherers zu wechseln.</p>								
<p>D. Bonifikationen</p>	<p>Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen eventueller Bonifikationen werden den Versicherten rechtzeitig mitgeteilt.</p>								
<p>E. Versicherungsfähigkeit</p>	<p>Der Tarif Zahnvorsorge DENT Komfort-U kann nur von Personen, die Mitglied einer deutschen GKV oder bei einer solchen familienversichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben, als Ergänzung zu den damit verbundenen Leistungen abgeschlossen werden.</p> <p>Mit Wegfall der vorgenannten Voraussetzung zum Abschluss des Tarifes Zahnvorsorge DENT Komfort-U endet auch die Versicherung im Tarif Zahnvorsorge DENT Komfort-U.</p>								

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I für die Zahnvorsorge

Gültig ab 04.2013



Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif DENT Komfort-U oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Welche Aufwendungen zählen zum Zahnersatz?

- Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen, Inlays, Onlays,
- Prothetische Leistungen (Brücken, Stützähne, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur),
- Implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen sowie erforderlicher Knochenaufbau,
- Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Keramikverblendungen, bis einschl. dem 6er-Zahn. Im nicht sichtbaren Bereich ab dem 7er-Zahn sind Metallverblendungen zu wählen,
- Material- und Laborkosten, soweit diese bei den jeweiligen Zahnersatzmaßnahmen anfallen.

Welche Aufwendungen zählen zur Zahnbehandlung?

- Dentinadhäsive Konstruktionen (Kunststoff- bzw. Kompositfüllungen),
- Wurzelbehandlungen,
- Parodontologische Leistungen,
- Aufbissbehelfe und Schienen,
- Material- und Laborkosten, soweit diese bei der jeweiligen Zahnbehandlung anfallen.

Welche Aufwendungen zählen zur professionellen Zahnreinigung/Zahnprophylaxe?

- Entfernung weicher und harter Beläge, Reinigung der Zahnzwischenräume, Politur der Zähne,
- Fluoridierung, Fissurenversiegelungen,
- Speicheltest zur Keimbestimmung, Erstellung eines Mundhygienestatus und weitere Kontrollen des Übungserfolges.



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für Tarif Zahnvorsorge DENT (Stand 4.2009)

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

(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 Versicherungsscheines zu zahlen.

(3) Wenn Sie den Erstbeitrag oder einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, kann dies unter den Voraussetzungen 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.

(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 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 Zahnvorsorge DENT.



Ergänzende allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif Zahnvorsorge DENT Inlay (Stand 4.2013)

Ihr Versicherungsschutz

Versicherungsfähig sind Personen, für die bei der AXA Krankenversicherung AG eine Versicherung nach Tarif Zahnvorsorge DENT besteht.

I. Geltung der Versicherungsbedingungen

Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen beinhalten Ergänzungen des Versicherungsschutzes nach Tarif Zahnvorsorge DENT. Soweit diese Bedingungen keine Regelungen zu bestimmten Sachverhalten enthalten, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifes Zahnvorsorge DENT.

II. Ergänzung zu § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Wir bieten Versicherungsschutz für
 - 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

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.

1. 50% der Aufwendungen für medizinisch notwendige Versorgung mit Inlays, begrenzt auf max. 500,- Euro pro Kalenderjahr
2. 25% der Aufwendungen für die Zahnprophylaxe inklusive professioneller Zahnreinigung, begrenzt auf max. 40,- Euro pro Kalenderjahr

Innerhalb der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn im Tarif Zahnvorsorge DENT Inlay bestehen für die Leistungen dieses Tarifs zusätzlich 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

Das jeweilige Behandlungsdatum ist für die Zuordnung zu den genannten Zeiträumen maßgeblich.

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

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

Ergänzende allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif Zahnvorsorge DENT Smile (Stand 4.2013)

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

1. Wir bieten Versicherungsschutz für
 - a) Zahnbehandlung inklusive Zahnfüllung, Wurzel- und Parodontosebehandlung
 - b) Zahnprophylaxe inklusive professioneller Zahnreinigung
 - c) kieferorthopädische Behandlung von Personen,
 - die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (Kinder), soweit die gesetzliche Krankenkasse (GKV) hierfür keine Leistungen vorsieht
 - 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

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.

1. 50% der Aufwendungen für
 - 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

Innerhalb der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn im Tarif Zahnvorsorge DENT Smile bestehen für die Leistungen dieses Tarifs zusätzlich 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

Das jeweilige Behandlungsdatum ist für die Zuordnung zu den genannten Zeiträumen maßgeblich.

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

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





Bitte in Blockschrift ausfüllen

Persönliche Angaben

- Herr
Frau

Versicherungsnehmer, Name

- Herr
Frau

Vermittler, Name

Vorname

Vorname

Straße, Haus-Nr.

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

PLZ, Wohnort

Versicherungsschein-Nummer

Orga-Nr.

Ort/Tag der Beratung

- Büro des Betreuers
Telefonisch
Wohnung/Betrieb des Kunden
Sonstiges:

Tag der Beratung

Zusätzliche Gesprächsteilnehmer

Gesprächsanlass

Vielen Dank für das Vertrauen, das Sie mir und AXA in unserem heutigen Gespräch entgegengebracht haben. Sie wünschen ausschließlich eine Beratung zum im Antrag genannten Versicherungsschutz.

Kundenwünsche

Wünschen Sie eine Absicherung:

Versicherte Person 1 (s. Antrag)

Versicherte Person 2 (s. Antrag)

des Zahnvorsorge-Risikos?

- ja nein ja nein

Weitere, wenn ja, welche?

- ja nein ja nein

Hinweise zum empfohlenen Versicherungsschutz

Versicherungsschutz mit unterschiedlichen Leistungsinhalten wurde vorgestellt. Insbesondere wurde der Versicherungsschutz im Einzelnen erläutert und auf eventuelle Leistungsbegrenzungen hingewiesen. Auf die Möglichkeit, das AXA bei erheblichen Erhöhungen der Leistungsaufwendungen (gem. gesetzlicher Vorgaben) in Abstimmung mit dem Treuhänder den Beitrag aufheben muss, wurde hingewiesen. Der Umfang des Geltungsbereichs und die Dauer des Schutzes wurden erläutert.

- ja nein ja nein

Entgegen der ausdrücklichen Empfehlung des Vermittlers verzichtet der Versicherungsnehmer auf:

Empty text box for waiver of recommendation.

Im Übrigen gelten die Angaben des Versicherungsnehmers im Antrag.

Die Beratungsdokumentation wird zusammen mit dem Versicherungsantrag an die AXA Versicherungen zum Zweck der Archivierung und Bearbeitung von Beanstandungen übermittelt.

Ort, Datum, Unterschriften

Ort, Datum

Unterschrift Vermittler

Unterschrift Versicherungsnehmer

Signature lines for location, date, broker, and insured.

