



Kundeninformation - Wichtige Themen rund um deine Versicherung

Ausgabe 04 / 2019

Kundeninformation – Wichtige Themen rund um deine Versicherung

In diesem Dokument geben wir dir einen Überblick über die Grundlagen deines Versicherungsvertrages bei der ottonova Krankenversicherung AG (im Folgenden „ottonova“). Wenn du darüber hinausgehende Fragen zu deiner Versicherung hast, beraten wir dich gerne jederzeit per Telefon oder ganz einfach über unseren Chat.

Inhaltsverzeichnis

1	Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers.....	3
2	Vertretungsberechtigte Personen.....	3
3	Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers.....	3
4	Garantiefonds.....	3
5	Vertragsgrundlagen.....	3
6	Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung.....	3
7	Dein Versicherungsbeitrag.....	3
8	Höhe der einkalkulierten und zusätzlich anfallenden Kosten.....	4
9	Beitragszahlung.....	4
10	Zustandekommen des Vertrages.....	4
11	Widerrufsrecht.....	4
12	Vertragslaufzeit.....	4
13	Beendigung des Vertrages.....	5
14	Anwendbares Recht, zuständiges Gericht.....	5
15	Sprache.....	5
16	Beschwerdemöglichkeiten.....	6

1 Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers

ottonova Krankenversicherung AG
Ottostr. 4
80333 München
Eingetragen beim Amtsgericht München - Handelsregister B 227378

2 Vertretungsberechtigte Personen

Gesetzlicher Vertreter der ottonova Krankenversicherung AG ist der Vorstand. Mitglieder des Vorstands sind Dr. med. Roman Rittweger (Vorsitzender), Dirk Käckenmeister, Dr. Bernhard Brühl, Jesko Kannenberg und Michael Karb.

3 Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers ottonova Krankenversicherung AG dient dem Betrieb der Kranken- und Pflegeversicherung in allen ihren Ausprägungen einschließlich der damit verbundenen Zusatzversicherungen.

4 Garantiefonds

Es ist äußerst unwahrscheinlich, dass eine private Krankenversicherung in eine finanzielle Notlage gerät. Dennoch hat ottonova auch für diesen Fall Vorsorge getroffen und ist Teil einer Auffanggesellschaft, der Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln. Diese übernimmt im Insolvenzfall alle bestehenden Versicherungsverträge und führt sie weiter.

Die Medicator AG ist ein Sicherungsfond i. S. d. §§ 124 ff. VAG und ihr Hauptaktionär ist der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V..

5 Vertragsgrundlagen

Folgende Dokumente sind wesentlicher Bestandteil deines Versicherungsvertrages. Du erhältst sie vor Vertragsabschluss und findest sie anschließend in deiner ottonova App.

- In den Tarif- und Versicherungsbedingungen werden die Rahmenbedingungen des Versicherungsvertrages beschrieben und die Versicherungsleistungen festgelegt.
- Das Produktinformationsblatt (PIB) informiert dich über die wichtigsten Punkte deines Versicherungsschutzes.
- Der Antrag bietet eine vollständige Übersicht deiner Angaben aus dem Antragsprozess und stellt die Grundlage für den Abschluss des Versicherungsvertrages dar.
- Der Versicherungsschein dokumentiert Abschluss und Inhalt des Versicherungsvertrages.

6 Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Die **Zahnzusatzversicherung** kommt im vereinbarten Umfang für die nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Kosten bei Zahnbehandlung und Zahnersatz auf. Versichert sind überdies andere im Vertrag genannte Leistungen, wie z.B. professionelle Zahnreinigung, Kariesrisikodiagnostik, und Fissurenversiegelung.

Fälligkeit und Erfüllung

Die Versicherungsleistungen werden fällig, wenn alle notwendigen Unterlagen (z.B. Arztrechnungen) eingereicht und der Versicherungsfall von uns geprüft und festgestellt wurde. Die Erfüllung der Leistung erfolgt üblicherweise durch Überweisung des Geldbetrages.

7 Dein Versicherungsbeitrag

Dein Versicherungsbeitrag ergibt sich aus den vereinbarten Monatsbeiträgen der einzelnen Tarife.

Deinen altersabhängigen Monatsbeitrag für den jeweiligen Tarif kannst du der folgenden Tabelle entnehmen:

Alter	Zahn 70	Zahn 85	Zahn 100
0 – 17	2,16 €	13,98 €	17,51 €
18 – 24	8,73 €	9,73 €	15,29 €
25 – 29	8,73 €	12,58 €	20,01 €
30 – 34	11,50 €	17,33 €	28,20 €
35 – 39	13,05 €	19,90 €	33,86 €
40 – 44	15,35 €	24,32 €	42,10 €
45 – 49	16,74 €	27,25 €	48,05 €
50 – 54	19,06 €	31,65 €	57,27 €
55 – 59	21,20 €	35,53 €	65,76 €
60 und älter	18,89 €	31,60 €	60,45 €

Mögliche Risikozuschläge nach erfolgter Risikoprüfung sind dem Monatsbeitrag noch hinzuzurechnen.



Deinen endgültigen Versicherungsbeitrag findest du individualisiert in deinem Versicherungsschein. Hier findest du auch Details zu deinem Risikozuschlag, sollte ein solcher vereinbart worden sein.

8 Höhe der einkalkulierten und zusätzlich anfallenden Kosten

Solange die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat, fallen außer den Monatsbeiträgen im Zusammenhang mit der Versicherung keine weiteren regulären Kosten, Steuern oder Gebühren an.

9 Beitragszahlung

Die Zahlung der Monatsbeiträge erfolgt in der Regel per Lastschrift zum Monatsersten. Der erste Beitrag wird zum vereinbarten Datum fällig. Dieses kannst du deinem Versicherungsschein entnehmen.

10 Zustandekommen des Vertrages

Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn

- du den Antragsprozess erfolgreich abgeschlossen hast und
- ottonova das Versicherungsverhältnis mit der Zustellung des Versicherungsscheins bestätigt hat.

Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Datum, sofern du den ersten Monatsbeitrag beglichen hast.

11 Widerrufsrecht

Du kannst den Abschluss des Versicherungsvertrages innerhalb von 14 Tagen widerrufen. Die Frist beginnt, sobald du den Versicherungsschein, die Widerrufsbelehrung, die Tarif- und Versicherungsbedingungen und diese Kundeninformation erhalten hast.

Unsere Versicherungsverträge gelten unbefristet. Die Mindestvertragslaufzeit beträgt zwei Versicherungsjahre.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass ottonova dir gegebenenfalls empfangene Leistungen und gezogene Nutzungen, wie zum Beispiel Zinsen erstattet.

Beginnt der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist, erstatten wir dir den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge. Den Teil der Beiträge, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Und zwar für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat, 1/30 des im Versicherungsschein ausgewiesenen Beitrags. Die Erstattung zurückzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

12 Vertragslaufzeit

Unsere Versicherungsverträge gelten unbefristet. Die Mindestvertragslaufzeit beträgt zwei Versicherungsjahre.



Das erste Versicherungsjahr beginnt mit Vertragsbeginn und endet am 31.12. des betreffenden Jahres. Danach entspricht das Versicherungsjahr dem Kalenderjahr. Zwei Versicherungsjahre können also eine tatsächliche Dauer von 13 bis 24 Monaten haben.

13 Beendigung des Vertrages

Ende der Versicherung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Endet für eine versicherte Person die Versicherung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, endet auch die Versicherung nach diesem Tarif für diese Person. Das Ende der Versicherung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung ist uns unverzüglich anzuzeigen.

Ordentliche Kündigung: Du kannst diesen Vertrag erstmals zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres kündigen. Anschließend ist die Kündigung jeweils zum Ende eines jeden Kalendermonats möglich. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

Außerordentliche Kündigung: Wenn wir die Beiträge erhöhen oder die Leistungen durch Änderung der Tarif- und Versicherungsbedingungen vermindern, hast du ein Sonderkündigungsrecht und kannst deinen Vertrag bei ottonova außerordentlich kündigen.

14 Anwendbares Recht, zuständiges Gericht

Die vorvertragliche Beziehung und das Versicherungsverhältnis unterliegen dem Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Bei Streitigkeiten aus oder in Verbindung mit dem Versicherungsvertrag kannst du bei folgenden Gerichten gegen uns Klage erheben:

- in München als dem Sitz von ottonova
- an deinem Wohnsitz oder am Ort deines gewöhnlichen Aufenthalts in Deutschland

Bei Klagen gegen dich ist das Gericht an deinem Wohnsitz oder am Ort deines gewöhnlichen Aufenthalts in Deutschland zuständig.

Wenn du keinen Wohnsitz in Deutschland hast und dein gewöhnlicher Aufenthalt außerhalb Deutschlands liegt, gilt der Gerichtsstand München als Sitz von ottonova.

15 Sprache

Wir kommunizieren mit dir in deutscher Sprache.

16 Beschwerdemöglichkeiten

Wenn du mit deiner Versicherung nicht zufrieden bist, dann teile uns das bitte mit. Kontaktiere dazu ganz unkompliziert den Customer Service per Telefon (Tel. Nr. 089/12140712) oder per Chat. Wir bemühen uns, gemeinsam mit dir eine Lösung zu finden.

Bei Beschwerden oder rechtlichen Fragen kannst du dich auch an den Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung wenden: (Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de).

Der Ombudsman ist als Schlichtungsstelle für die außergerichtliche Beilegung von Streitigkeiten zuständig. Er nimmt sich kostenfrei deines Anliegens an. Er behandelt deine Beschwerde allerdings nicht, wenn diese bereits vor einem Gericht, einer Schiedsstelle oder einer anderen Streitschlichtungseinrichtung verhandelt wird oder bereits vor einer solchen Stelle entschieden wurde.

Beschwerden können außerdem an die zuständige Aufsichtsbehörde, die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, gerichtet werden (Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn).

Deine Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, ist in jedem Falle gegeben.



Wichtige Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz

Lieber Versicherungsnehmer,

damit wir deinen Versicherungsvertrag ordnungsgemäß prüfen können, bist du verpflichtet die Fragen im Versicherungsantrag wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Diese Pflicht besteht auch für die zu versichernde(n) Person(en). Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen du keine oder nur geringe Bedeutung beimisst.

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind deine Angaben zu den im Versicherungsantrag gestellten Fragen zu gefahrerheblichen Umständen. Du bist verpflichtet, diese Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Diese Pflicht besteht auch für die zu versichernde(n) Person(en).

Angaben, die du nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler (sofern ein solcher eingeschaltet ist) machen möchtest, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber uns nachzuholen. Hierzu schreibe uns bitte ein E-Mail an support@ottonova.de oder ruf uns unter folgender Tel.-Nummer an: +49 89 12 1407 12

Bitte beachte, dass du deinen Versicherungsschutz gefährdest, wenn du unrichtige oder unvollständige Angaben machst.

Ausführliche Hinweise zu den Anzeigepflichten und zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung kannst du der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass du alle in Verbindung mit dem Versicherungsvertrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortest. Wir sind auf deine Angaben angewiesen, um das Risiko richtig einschätzen zu können und den Beitrag in einer angemessenen Höhe zu ermitteln. Du bist bis zur Abgabe der Vertragserklärung verpflichtet, alle dir bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach deiner Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, bist du auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Wir verlangen keine Mitteilung über durchgeführte genetische Untersuchungen. Eine genetische Untersuchung ist eine auf den Untersuchungszweck gerichtete genetische Analyse zur Feststellung genetischer Eigenschaften oder vorgeburtliche Risikoabklärung einschließlich der Beurteilung der jeweiligen Ergebnisse.

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

1 Rücktritt

Verletzt du die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn du nachweist, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn du nachweist, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn du die Anzeigepflicht arglistig verletzt hast.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2 Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil du die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt hast, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten oder wenn es sich um eine Krankheitskostenvollversicherung handelt, die die Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz erfüllt.

3 Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Hast du die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann zu einer rückwirkenden Beitragserhöhung oder zu einem rückwirkenden Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand und insoweit zu einem rückwirkenden Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Wenn du die Anzeigepflicht schuldlos verletzt hast, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kannst du den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir dich in unserer Mitteilung hinweisen.

Die Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung, die der Erfüllung der Versicherungspflicht dient, wird jedoch erst wirksam, wenn du uns nachweist, dass du bei einem anderen Versicherer einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen hast, nach dem du ohne Unterbrechung versichert bist.

4 Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn du die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt hast.

5 Anfechtung

Wenn du uns arglistig täuschst, können wir den Vertrag auch anfechten.

6 Stellvertretung durch eine andere Person

Lässt du dich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte sowohl die Kenntnis und Arglist deines Stellvertreters als auch deine eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Du kannst dich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder deinem Stellvertreter noch dir Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.



Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Du kannst deine Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem du den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten hast, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: ottonova Krankenversicherung AG, Ottostr. 4, 80333 München oder per E-Mail an support@ottonova.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten dir den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn du zugestimmt hast, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um 1/30 des im Versicherungsschein ausgewiesenen Monatsbeitrags für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat (siehe auch Kundeninformation Ziffer 11). Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind. Hast du dein Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, bist du auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Dein Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf deinen ausdrücklichen Wunsch sowohl von dir als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor du dein Widerrufsrecht ausgeübt hast.

Deine ottonova Krankenversicherung AG



Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um deine Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die ottonova Krankenversicherung AG (im Folgenden „**ottonova**“ genannt) daher deine datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt ottonova deine Schweigepflichtentbindungen, um deine Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der privaten Krankenversicherung benötigt ottonova deine Schweigepflichtentbindung außerdem, um deine Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit dir besteht, an andere Stellen, z. B. externe Assistance-Dienstleister, IT-Dienstleister oder Gutachter weiterleiten zu dürfen.

Es steht dir frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit deinen Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten:

- durch ottonova selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb von ottonova (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von dir gesetzlich vertretenen Personen wie zum Beispiel deine Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1 Erhebung, Speicherung und Nutzung der von dir mitgeteilten Gesundheitsdaten durch ottonova

Ich willige ein, dass ottonova die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

Wir weisen darauf hin, dass wir keine Gesundheitsdaten ohne dein Einverständnis erheben. Sofern es im Rahmen deines Versicherungsvertrages erforderlich sein sollte, Gesundheitsdaten bei Dritten zu erheben, holen wir von dir eine individuelle Schweigepflichtentbindung ein. Hiervon ausgenommen ist die Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen gem. Ziff. 3.2. sowie der Datenaustausch über die App gem. Ziff. 3.3, für die deine Einwilligung und Schweigepflichtentbindung bereits mit diesem Dokument eingeholt wird.

3 Weitergabe deiner Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der ottonova

ottonova verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig

sein, medizinische Gutachter einzuschalten. ottonova benötigt deine Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang deine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Du wirst über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass ottonova meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an ottonova zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für ottonova tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

ottonova führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die Kundenbetreuung via Telefon, Chat oder anderen digitalen Kommunikationsmitteln, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung deiner Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der ottonova-Gruppe oder einer anderen Stelle (insbes. den sog. Assisteuren). Werden hierbei deine nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt ottonova deine Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

ottonova setzt für den Kunden-Service unter anderem auch Assisteure ein. Diese erbringen medizinische Assistance-Dienstleistungen, wie z.B. das Gesundheitstelefon, Online-Chats, Arzt-Termin-Services und sonstige Serviceleistungen. Die Assisteure und die ihnen jeweils übertragene(n) Aufgabe(n) sind in der im nächsten Absatz genannten Liste der Dienstleister aufgeführt.

ottonova stellt für den digitalen Austausch von Daten zwischen Versicherungsnehmer und ottonova und/oder den anderen Stellen (insbes. den Assisteuren) mit der App eine zentrale Kommunikationsplattform zur Verfügung. Die Datenübermittlung an die Assisteure kann daher auch in der Form einer Weitergabe von in der App gespeicherten Daten (siehe hierzu Ziff. 3.3) erfolgen.

ottonova führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die ottonova erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.ottonova.de eingesehen oder beim ottonova Customer Support, Ottostr. 4, 80333 München, Servicetelefon +49 89 12140712, (support@ottonova.de) angefordert werden. Für die Weitergabe deiner Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt ottonova deine Einwilligung.

Ich willige ein, dass ottonova meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie ottonova dies tun dürfte. In diesem Umfang und für diese Zwecke dürfen die in der Liste genannten Stellen auch in der App abgelegte Gesundheitsdaten erhalten. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ottonova- Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenübermittlung und -speicherung über die App als zentrale Kommunikationsplattform

Als digitale private Krankenversicherung bietet ottonova bestimmte Leistungen über die App an. Diese Leistungen (im Folgenden „App-Services“ genannt) umfassen insbesondere

- den 24/7 Concierge Service (zentrale Anlaufstelle für Fragen rund um die Gesundheit und die ottonova-Versicherung),
- medizinische Beratung (per Telefon, Videoberatung oder Online-Chat),
- individuelle Vorsorge-Erinnerungen,
- Recherche von Ärzten und Terminvereinbarung,
- die Speicherung wichtiger gesundheits- bzw. versicherungsbezogener Ereignisse (z. B. Arztbesuche)

und dazugehöriger Dokumente in der sog. „Timeline“,

- die Dokumenten-Übermittlungsfunktion an ottonova (z. B. Einreichen gescannter Rechnungen oder Arztbriefe).

ottonova führt einige der genannten Leistungen nicht selbst durch. Soweit andere Stellen (insb. externe Assistance- oder IT-Dienstleister) im Auftrag der ottonova an der Erbringung von Leistungen über die App mitwirken, ist dies aus der in Ziff. 3.2 genannten Liste in der Anlage ersichtlich.

Die Nutzung der App-Services durch den Versicherungsnehmer erfordert die Erhebung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 des Strafgesetzbuches geschützter Daten, nämlich:

- Gesprächsinhalte aus Chatverläufen mit medizinischem Fachpersonal (z. B. Krankenschwestern) oder Ärzten,
- Mitschriften und Gesprächsnotizen von medizinischem Fachpersonal (z. B. Krankenschwestern) oder Ärzten,
- Ergebnisse aus medizinischen Recherchen (z. B. Arztsuche),
- gesundheits- bzw. versicherungsbezogene Ereignisse (z. B. Arztbesuche, Weiterleitung zu Fachärzten, Terminvereinbarung) sowie damit zusammenhängende digitale Dokumente (z. B. Arztbriefe),
- Gesundheitsdaten in vom Versicherungsnehmer hochgeladenen Dokumenten (z. B. gescannten Rechnungen)

Die Daten werden auf den Servern der ottonova gespeichert

Ich willige ein, dass die gemäß Liste im Anhang an der Erbringung der App-Services mitwirkenden Stellen die im Rahmen ihrer jeweiligen Leistungserbringung anfallenden oben beschriebenen Gesundheitsdaten an ottonova übermitteln und in der App zum Zweck der Erbringung der App-Services speichern dürfen. Ich entbinde die Mitarbeiter dieser Stellen im Hinblick auf diese Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Die Weitergabe der in der App gespeicherten Daten von ottonova an andere Stellen und der Zugriff auf diese Daten durch andere Stellen richtet sich nach Ziff. 3.2.

3.4 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung deiner Ansprüche abzusichern, kann ottonova Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls deine Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass ottonova deinen Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung ottonova aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob ottonova das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über deine bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über deine bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Deine personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung deiner Gesundheitsdaten an Rückversicherungen wirst du durch ottonova unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für ottonova tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.5 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

ottonova gibt grundsätzlich keine Angaben zu deiner Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf deine Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über deinen Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der dich betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) dein Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der deinen Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Bei einer Versicherungsvermittlung erfährt der Vermittler auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des dich betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Du wirst bei einem Wechsel des dich betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf deine Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass ottonova meine Vertragsdaten sowie meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4 Speicherung und Verwendung deiner Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit dir nicht zustande, speichert ottonova deine im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass du erneut Versicherungsschutz beantragst. ottonova speichert deine Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Deine Daten werden bei ottonova bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass ottonova meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.



Dienstleisterliste

Die ottonova-Gesellschaften, die in gemeinsamen Datenbanken und Datenbearbeitungsverfahren deine Stammdaten nutzen

ottonova Krankenversicherung AG
ottonova services GmbH
ottonova Holding AG

Die folgenden Dienstleister erbringen im Auftrag der ottonova-Gesellschaften Leistungen, für die es erforderlich ist, personenbezogene Daten und von der Schweigepflicht geschützte Gesundheitsdaten zu erfragen, verarbeiten oder zu nutzen.

Gesellschaft(en)	Dienstleister	Gegenstand und Zweck der Beauftragung
ottonova Krankenversicherung AG	ottonova Holding AG	Recht, Compliance und Rechnungswesen Beschwerdemanagement
	ottonova services GmbH	Bestandsführung, Leistungsbearbeitung, Risikoprüfung, Postverarbeitung, IT-Services
	Creditreform München Ganzmüller, Grober & Kollegen KG	Forderungsmanagement
	Gen Re	Rückversicherung
ottonova services GmbH	almeda GmbH	Gesundheitstelefon/-chat, Customer Support in Randzeiten
	Deutsche Post AG	Posteingangsbearbeitung / Scandienstleistung
	Innovas GmbH	Leistungsbearbeitung, stationäre Fälle
	Insiders technologies GmbH	Eingangsdatenvalidierung
	MD Medicus Assistance Service GmbH	Medizinische Auslandsassistance, Reha-, Pflege- und Hilfsmittelmanagement
	Schufa Holding GmbH	Bonitätsprüfungen
	Gutachter, Beratungsärzte, Begutachtungsfirmen	Erstellung von Gutachten, Leistungsprüfungen, Beratungsleistungen verschiedener Fachrichtungen insbesondere zu weiteren Behandlungsmöglich- keiten, Pflegeleistungen, Rehabilitationsdienstleis- tungen
	Kooperationspartner	Medizinische Beratung, Betreuung und Behandlung
Anbieter medizinischer Produkte	Hilfsmittelversorgung	

Hinweis

In der Liste sind alle Dienstleister aufgeführt, die vereinbarungsgemäß personenbezogene Daten im Auftrag der ottonova Krankenversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen. In der Krankenversicherung betrifft dieses teilweise auch Gesundheitsdaten oder nach §203 StGB geschützte personenbezogene Daten (z.B. den Inhalt des Versicherungsvertrages). Das bedeutet jedoch nicht, dass deine Daten an alle Dienstleister weitergegeben werden.



Dienstleisterliste (Fortsetzung)

Die folgenden Dienstleister erbringen ebenfalls Leistungen im Auftrag der ottonova-Gesellschaften, allerdings spielt die Verarbeitung von personenbezogenen Daten keine zentrale Rolle. Außerdem finden sich Auftragnehmer, die reine Rechenzentrumsleistungen zur Verfügung stellen oder Unternehmen, die nur gelegentlich bzw. einmalig tätig werden.

Gesellschaft(en)	Dienstleister	Gegenstand und Zweck der Beauftragung
ottonova Holding AG	ottonova services GmbH	IT Services
ottonova services GmbH	Amazon Web Services, Inc.	System Hosting (Verschlüsselt)
	Global Side	Softwarelieferung für medizinische Prüfungen
	Göbel & Lenze	Versand von Gütern (i.B. Gesundheitsboxen)
	Innovas GmbH	IT-Dienstleistungen
	Happybrush GmbH	Versand von Zahnhygiene Produkten
	PAV Card GmbH	Erstellung von Gesundheitskarten

Hinweis

In der Liste sind alle Dienstleister aufgeführt, die vereinbarungsgemäß personenbezogene Daten im Auftrag der ottonova Krankenversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen. In der Krankenversicherung betrifft dieses teilweise auch Gesundheitsdaten oder nach §203 StGB geschützte personenbezogene Daten (z.B. den Inhalt des Versicherungsvertrages). Das bedeutet jedoch nicht, dass deine Daten an alle Dienstleister weitergegeben werden.

Datenschutzhinweise

Als digitale Krankenversicherung legen wir größten Wert auf die Sicherheit Ihrer Daten. Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

ottonova Krankenversicherung AG
Ottostr. 4
80333 München
E-Mail: support@ottonova.de

Datenschutzbeauftragter

Rechtsanwalt Dr. Sebastian Kraska, IITR GmbH
Marienplatz 2
80331 München
Tel: 089 / 18 91 73 60 E-Mail: ottonova@iitr.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben und evtl. ergänzende Angaben Dritter, für den Abschluss des Vertrags und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zu Leistungsfällen benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob und in welchem Umfang ein Versicherungsfall eingetreten ist und welche Leistungen Sie von uns erhalten.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrags ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller bei der ottonova Krankenversicherung AG bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung oder für umfassende Auskunftserteilungen. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art 6 Abs. 1 lit. b DS-GVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss einer Krankenversicherung) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a i. V. m. Art. 7 DS-GVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 lit. j DS-GVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 lit. f DS-GVO).

Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der ottonova Krankenversicherung AG und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen

- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 lit. c DS-GVO. Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrags mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrags benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermitteln wir diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe (ottonova Krankenversicherung AG, ottonova Holding AG, ottonova services GmbH):

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der beiliegenden Dienstleisterliste sowie in der jeweils aktuellen Version unserer Dienstleisterliste auf unserer Internetseite unter www.ottonova.de/datenschutz entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von 3 oder

bis zu 30 Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu 15 Jahren. Falls der Versicherungsvertrag nicht zu Stande kommt, löschen wir Ihre Antragsdaten drei Jahre nach Antragstellung.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den o. g. Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht
Promenade 27
91522 Ansbach

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir ggf. vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrags, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall und der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten entscheiden wir ggf. vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen. Nähere Informationen können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Du erhältst in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über die Leistungen und Rahmenbedingungen deiner Versicherung. Bitte beachte, dass diese Übersicht und insbesondere die Aufzählungen nicht abschließend sind. Detaillierte Informationen zur abgeschlossenen Versicherung findest du in den Tarif- und Versicherungsbedingungen, dem Antrag und deinem Versicherungsschein. Bitte lies alle Unterlagen durch, damit du umfassend informiert bist.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Bei dem Tarif ottonova Zahn 100 handelt es sich um eine private Zahnzusatzversicherung, die die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ergänzt. Sie sichert dich gegen das Kostenrisiko bei zahnärztlicher Behandlung ab.



Was ist versichert?

- Aufwendungen für zahnärztliche Behandlung bei Krankheit, Unfallfolgen und anderen im Vertrag genannten Leistungen.
- Leistungen für professionelle Zahnreinigung.
- Leistungen für sonstige Prophylaxe, Kariesrisikodiagnostik sowie Fissurenversiegelung.
- Leistungen bei Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie und Gnathologie (Funktionsanalyse und -therapie).
- Zahntechnische Leistungen, Laserbehandlungen, Bildaufnahmen sowie Anästhesieleistungen.
- Zusätzliche Anästhesie-Leistungen zur Sedierung sowie Schmerz- und Angstlinderung.



Was ist nicht versichert?

- Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes angeraten, geplant oder begonnen wurden.
- Behandlungen von Verletzungen, die in Ausübung eines Kampf- oder Profisportes entstanden.
- Behandlungen durch Zahnärzte und Ärzte, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben.

Weitere Einzelheiten findest du in den Tarif- und Versicherungsbedingungen ottonova Zahn 100, insbesondere Abschnitt 4.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- Bei Behandlung in Deutschland sind die Leistungen bis zu den Höchstätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.
- In den ersten 48 Monaten sind die Leistungen gemäß der Zahnstaffel begrenzt. Diese entfällt jedoch bei Behandlung aufgrund eines Unfalls, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.
- Die Leistungen für Prophylaxe, professionelle Zahnreinigung, Kariesrisikodiagnostik und Fissurenversiegelung sind auf 180 Euro pro Versicherungsjahr begrenzt.
- Die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie und zusätzliche Anästhesie sind bei Behandlung durch einen Zahnarzt ohne Zulassung bei der deutschen GKV auf 70% beschränkt.
- Kieferorthopädische Leistungen sind auf 2.000 Euro in 10 Versicherungsjahren begrenzt. Bei Erwachsenen sind nur unfallbedingte Behandlungen und Leistungen bei schwerer Kieferanomalie versichert.
- Zusätzliche Anästhesie-Leistungen sind pro Versicherungsjahr auf 300 Euro begrenzt.



Wo bin ich versichert?

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



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Bei Vertragsabschluss ist es sehr wichtig, dass du sämtliche Antragsfragen sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß beantwortest – also nach bestem Wissen und Gewissen. Die Antworten auf unsere Antragsfragen bilden die Grundlage für den Abschluss des Versicherungsvertrages.
- Wenn du bei uns zu einem Versicherungsfall Rechnungen einreichst, kann es sein, dass wir zusätzliche Auskünfte benötigen. Es kann für die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang unserer Leistungspflicht notwendig sein, dass du oder die versicherte Person sich auf unseren Wunsch hin bei einem von uns beauftragten Zahnarzt oder Arzt untersuchen lässt. Du bist verpflichtet, uns alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen oder uns zu ermöglichen, die erforderlichen Informationen selbst einzuholen.
- Zudem musst du uns mitteilen, wenn die Versicherung von dir oder der versicherten Person in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) endet.



Wann und wie zahle ich?

- Dein Beitrag wird von uns jeweils zum Ersten eines Monats per Lastschrift eingezogen.
- Wenn du den Erstbeitrag oder einen Folgebeitrag aus eigenem Verschulden nicht zahlst und auch in der von uns gesetzten Frist den Beitragsrückstand nicht vollständig begleichst, kann das dazu führen, dass wir vom Vertrag zurücktreten oder deine Zahnzusatzversicherung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Sobald wir dir den Versicherungsschein zugestellt haben, ist der Vertrag geschlossen. In deinem Versicherungsschein findest du den genauen Versicherungsbeginn. Versicherungsschutz besteht aber erst dann, wenn der erste Monatsbeitrag beglichen wurde.
- Die Deckung beginnt nach einer allgemeinen Wartezeit von drei Monaten. Für unfallbedingte Behandlungen und Prophylaxe entfällt diese Wartezeit.
- Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet allerdings automatisch, wenn die Versicherung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung endet.
- Der Versicherungsschutz endet – auch bei nicht abgeschlossenen Heilbehandlungen – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Du kannst den Vertrag erstmals zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres kündigen.
- Anschließend ist die Kündigung jeweils zum Ende eines jeden Kalendermonats möglich.
- Außerdem kannst du die Versicherung außerordentlich kündigen, z.B. dann, wenn wir die Beiträge erhöhen müssen oder die Leistungen durch eine Änderung der Tarif- und Versicherungsbedingungen vermindern müssen. In diesem Fall gelten besondere Kündigungsbedingungen.

Weitere Details zur Kündigung findest du in Abschnitt 15 der Tarif- und Versicherungsbedingungen ottonova Zahn 100.



Tarif- und Versicherungsbedingungen ottonova Zahn 100

Ausgabe 03 / 2019

Inhaltsübersicht

1	Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit	1
2	Versicherungsfall, Versicherungsschutz und Erstattungsfähigkeit	1
3	Leistungen	2
4	Leistungsausschlüsse	6
5	Anerkannte Behandelnde und Behandlungen	7
6	Beginn und Ende des Versicherungsschutzes	8
7	Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland	9
8	Auszahlung der Versicherungsleistung	9
9	Beitrag	10
10	Beitragsanpassung	11
11	Änderung der Tarif- und Versicherungsbedingungen	12
12	Tarifwechsel	13
13	Versicherungsjahr und Mindestvertragsdauer	13
14	Ende des Versicherungsverhältnisses	13
15	Kündigung des Versicherungsverhältnisses	14
16	Auskunftspflichten von ottonova	14
17	Obliegenheiten und Obliegenheitsverletzungen	15
18	Obliegenheiten und Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	16
19	Sonstige Bestimmungen	16
20	Anwendbares Recht und Gerichtsstand	16
21	Verjährung	17
Anhang		
	Versicherungsvertragsgesetz (VVG)	18
	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)	19
	Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)	20

Tarif- und Versicherungsbedingungen ottonova Zahn 100

1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

- 1.1 Aufnahmefähigkeit** Aufnahmefähig sind Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben und nicht bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung versichert sind.
- 1.2 Versicherungsfähigkeit** Versicherungsfähig sind Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).
- Wenn die Versicherungsfähigkeit wegfällt, endet die Versicherung nach diesen Tarif- und Versicherungsbedingungen. Siehe hierzu auch Abschnitt 14.1.
-

2 Versicherungsfall, Versicherungsschutz und Erstattungsfähigkeit

- 2.1 Versicherungsfall** Im Versicherungsfall erstattet der Versicherer (die ottonova Krankenversicherung AG, im Folgenden: ottonova) Aufwendungen für zahnärztliche Heilbehandlungen und für weitere nachstehend unter Abschnitt 3 aufgeführte Leistungen, die vom Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung nicht oder nur teilweise umfasst sind.
- Der 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 keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.
- 2.2 Umfang des Versicherungsschutzes** Der Umfang des Versicherungsschutzes gemäß diesem Tarif ergibt sich aus
- dem Versicherungsschein,
 - den späteren in Textform festgehaltenen Vereinbarungen,
 - diesen Tarif- und Versicherungsbedingungen und
 - den gesetzlichen Vorschriften.
- 2.3 Rahmen und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes** (2.3.1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen einer ambulanten zahnärztlichen Behandlung nach Abschnitt 3. Diese Behandlungen sind nur von einem nach Abschnitt 5.1 anerkannten Behandelnden erstattungsfähig.

(2.3.2) Erstattungsfähig sind Aufwendungen einer stationären zahnärztlichen Behandlung, wenn die Behandlung aus allgemeinen medizinischen Gründen nicht ambulant durchgeführt werden kann und die gesetzliche Krankenversicherung die allgemeinen Krankenhausleistungen der stationären zahnärztlichen Behandlung trägt. Bei stationärer Behandlung sind wahlärztliche Leistungen sowie belegärztliche Leistungen nach den in Abschnitt 3 genannten Regelungen erstattungsfähig. Ambulant und stationär erbrachte zahnärztliche Leistungen sowie zahntechnische Leistungen werden bei Anwendung der Leistungsstaffel (siehe Abschnitt 3.2) zusammengerechnet.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen und gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer.

(2.3.3) Zahnärztliche Leistungen sind bei Behandlungen in Deutschland bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Zahntechnische Leistungen, die vom Zahnarzt oder einem zahntechnischen Labor erbracht werden, sind in einem angemessenen preislichen Rahmen erstattungsfähig.

(2.3.4) Es besteht weltweiter Versicherungsschutz. Allerdings bleibt ottonova bei Behandlungen im Ausland höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die sie bei einer zahnärztlichen Behandlung in Deutschland zu erbringen hätte.

3 Leistungen



Versicherungsjahr: Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind dem Kalenderjahr gleich (siehe Abschnitt 13.1).

3.1 Prophylaktische Leistungen, Kariesrisikodiagnostik und Fissurenversiegelung

Erstattungsfähig sind prophylaktische Leistungen gemäß den Bestimmungen von Buchstabe B der GOZ (z.B. professionelle Zahnreinigung), Kariesrisikodiagnostik sowie Fissurenversiegelung.

Erstattungssatz:

Die Leistungen sind zu 100% erstattungsfähig, wobei die Vorleistung der GKV in Abzug gebracht wird. Die Leistung für eine professionelle Zahnreinigung ist auf 90 Euro je Behandlung begrenzt

Begrenzung:

Für eine versicherte Person sind Leistungen gemäß Abschnitt 3.1 auf 180 Euro pro Versicherungsjahr begrenzt.

3.2 Zahnstaffel

Die Leistungen für erstattungsfähige Aufwendungen gemäß den folgenden Abschnitten 3.3 bis 3.8 sind in den ersten 48 Monaten nach Versicherungsbeginn begrenzt.

Leistungsstaffel:

Die Leistung von ottonova beträgt

- in den ersten 12 Monaten nach Versicherungsbeginn maximal 1.250 Euro,
- in den ersten 24 Monaten nach Versicherungsbeginn maximal 2.500 Euro,
- in den ersten 36 Monaten nach Versicherungsbeginn maximal 3.750 Euro,
- in den ersten 48 Monaten nach Versicherungsbeginn maximal 5.000 Euro.

Erfolgt die zahnärztliche Behandlung aufgrund eines Unfalls, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist, entfällt diese Begrenzung. Die in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen werden bei einer späteren, unfallunabhängigen Behandlung nicht auf die vorstehende Leistungsstaffel angerechnet.

Nach Ablauf von 48 Monaten nach Versicherungsbeginn gibt es keine Begrenzungen gemäß der vorherstehenden Leistungsstaffel mehr.

3.3 Zahnbehandlung

(3.3.1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für plastische Füllungen (insbesondere Kunststoff-, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen).

(3.3.2) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Parodontal- und Wurzelbehandlungen, Wurzelkanal-Behandlungen und Wurzelspitzen-Resektionen.

Zur Parodontalbehandlung zählt auch der Einsatz von VECTOR-Technologie, die Schleimhauttransplantation sowie Bakterienanalysen und DNA-Tests.

Zur Wurzelkanalbehandlung zählt auch die elektrometrische Wurzellängenmessung sowie die Behandlung mit dem OP-Mikroskop.

(3.3.3) Erstattungsfähig sind auch die für Leistungen nach 3.3.1 und 3.3.2 notwendigen zahntechnischen Leistungen, Laserbehandlungen inklusive photoaktivierter Chemotherapie, Bildaufnahmen (auch digitale Volumetomographie) und Anästhesieleistungen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen.

Erstattungssatz:

Die Leistungen sind zu 100% erstattungsfähig, wobei die Vorleistung der GKV in Abzug gebracht wird. Erbringt die GKV deshalb keine Vorleistung, weil ein Zahnarzt ohne Zulassung bei der deutschen GKV gewählt wurde, sind 70% der Aufwendungen erstattungsfähig.



Um den Versicherungsnehmer vor einer unerwartet hohen Selbstbeteiligung zu schützen, wird bei geplanten Behandlungen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.000 Euro die Vorlage eines Heil- und Kostenplans dringend angeraten (siehe Abschnitt 3.8).

3.4 Zahnersatz

Als Versorgung mit Zahnersatz gelten

- prothetische Leistungen (z.B. Teilprothesen, Vollprothesen),
- implantologische Leistungen (z.B. Knochenaufbau, Implantate),
- die Versorgung mit Zahnkronen (z.B. Vollkronen, Teilkronen, Veneers) und
- Einlagefüllungen (z.B. Inlays, Onlays).

Sowohl metallische als auch vollkeramische Versorgungen (z.B. CEREC) sind erstattungsfähig. Wenn für einen Zahn eine metallische Versorgung gewählt wird, sind auch Keramikverblendungen erstattungsfähig. Zur Versorgung mit Zahnersatz zählen auch die hierfür notwendigen zahntechnischen Leistungen, Laserbehandlungen inklusive photoaktivierter Chemotherapie, Bildaufnahmen (auch digitale Volumentomographie) und Anästhesieleistungen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen.

Erstattungssatz:

Die Leistungen sind zu 100% erstattungsfähig, wobei die Vorleistung der GKV in Abzug gebracht wird. Erbringt die GKV deshalb keine Vorleistung, weil ein Zahnarzt ohne Zulassung bei der deutschen GKV gewählt wurde, sind 70% der Aufwendungen erstattungsfähig.



Um den Versicherungsnehmer vor einer unerwartet hohen Selbstbeteiligung zu schützen, wird bei geplanten Behandlungen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.000 Euro die Vorlage eines Heil- und Kostenplans dringend angeraten (siehe Abschnitt 3.8).

3.5 Kieferorthopädische Leistungen (KFO)

(3.5.1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, sofern die versicherte Person zu Beginn der Maßnahme das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und die Maßnahme den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 bis 5 zuzuordnen ist.

(3.5.2) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, sofern die Maßnahme nach Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wird und die GKV leistungspflichtig ist.

(3.5.3) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für unfallbedingte kieferorthopädische Leistungen, auch wenn die Maßnahme nach Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wird und die GKV nicht leistungspflichtig ist. Voraussetzung für eine Leistung ist, dass der Unfall nach Versicherungsbeginn im Tarif Zahn 100 eingetreten ist.

(3.5.4) Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß den Abschnitten 3.5.1 bis 3.5.3 gehören insbesondere Invisalign-Behandlungen, sowie Behandlungen mit inliegenden Zahnspangen, Mini- und Kunststoffbrackets, farblosen Bögen sowie Retainern. Als kieferorthopädische Leistungen gelten auch die für die kieferorthopädische Maßnahme notwendigen funktionsanalytischen

und funktionstherapeutischen, zahntechnischen und chirurgischen Leistungen, Bildaufnahmen (auch digitale Volumentomographie) und Anästhesieleistungen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen.

Erstattungssatz:

Die Leistungen sind zu 100% erstattungsfähig, wobei die Vorleistung der GKV in Abzug gebracht wird. Erbringt die GKV deshalb keine Vorleistung, weil ein Zahnarzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde, sind 70% der Aufwendungen erstattungsfähig.

Begrenzung:

Die Leistungen gemäß Abschnitt 3.5 sind für eine versicherte Person innerhalb von 10 Versicherungsjahren auf 2.000 Euro begrenzt.

3.6 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (nicht KFO)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, die nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Maßnahme durchgeführt werden. Als funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen gelten auch die hierfür notwendigen zahntechnischen Leistungen, Bildaufnahmen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (auch DROS-Schienen).

Erstattungssatz:

Die Leistungen sind zu 100% erstattungsfähig, wobei die Vorleistung der GKV in Abzug gebracht wird.



Um den Versicherungsnehmer vor einer unerwartet hohen Selbstbeteiligung zu schützen, wird bei geplanten Behandlungen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.000 Euro die Vorlage eines Heil- und Kostenplans dringend angeraten (siehe Abschnitt 3.8).

3.7 Zusätzliche Anästhesie-Leistungen

Erstattungsfähig sind bei Versicherten in Zusammenhang mit einer Behandlung gemäß den Abschnitten 3.3 bis 3.6 zusätzliche Leistungen zur Sedierung sowie Schmerz- und Angstlinderung (z.B. Akupunktur, Hypnose, Lachgas, Vollnarkose)

Erstattungssatz: Die Leistungen sind zu 100% erstattungsfähig, wobei die Vorleistung der GKV in Abzug gebracht wird. Erbringt die GKV deshalb keine Vorleistung, weil ein Zahnarzt ohne Zulassung bei der deutschen GKV gewählt wurde, sind 70% der Aufwendungen erstattungsfähig.

Begrenzung: Leistungen gemäß Abschnitt 3.7 sind pro Versicherungsjahr auf 300 Euro begrenzt und werden – sofern sie im Rahmen einer erstattungsfähigen kieferorthopädischen Maßnahme anfallen – nicht auf die Begrenzung nach Abschnitt 3.5 angerechnet.

3.8 Heil- und Kostenplan

Um den Versicherungsnehmer vor einer unerwartet hohen Selbstbeteiligung zu schützen, wird bei geplanten Behandlungen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.000 Euro die Vorlage eines Heil- und Kostenplans dringend angeraten.

Trägt die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für die Erstellung eines Heil- und Kostenplans nicht oder nur teilweise, werden die verbleibenden Kosten zu 100% erstattet. Voraussetzung ist, dass der Heil- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn bei ottonova eingereicht wird.

Nach Erhalt des Heil- und Kostenplanes wird dieser unverzüglich von ottonova geprüft und dem Versicherungsnehmer Auskunft darüber erteilt, welche Erstattung und Selbstbeteiligung zu erwarten sind.

3.9 Gewählter Selbstbehalt und Vorleistung der GKV

Als Erstattungsvoraussetzung für Leistungen gemäß den Abschnitten 3.3 bis 3.5, 3.7 und 3.8 ist stets der Nachweis über die Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen. Ein nach § 53 SGB V (siehe Anhang) von der gesetzlichen Krankenversicherung abzogener Selbstbehalt gilt als Vorleistung der GKV.

4 Leistungsausschlüsse

4.1 Keine Leistungspflicht besteht

- für Behandlungen, die vor dem Versicherungsbeginn angeraten, geplant oder begonnen wurden.
- für Behandlungen von Verletzungen und deren Folgen, die sich die versicherte Person in Ausübung eines Kampfsportes zugezogen hat.
- für Behandlungen von Verletzungen und deren Folgen, die sich die versicherte Person in Ausübung einer Sportart zugezogen hat, die sie berufsmäßig ausübt (Profisport). Eine Sportart gilt im Sinne dieser Bedingungen als berufsmäßig ausgeübt, sofern mindestens 50% des beruflichen Einkommens direkt oder indirekt aus ihrer Ausübung erzielt werden.
- bei Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. (Nachgewiesene Sachkosten werden gemäß diesen Tarif- und Versicherungsbedingungen erstattet.)
- bei von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten oder Unfällen einschließlich deren Folgen.
- bei Krankheiten und Unfällen, die durch Kriegsereignisse in Deutschland verursacht werden.
- bei Krankheiten und Unfällen, die durch Kriegs- oder Terrorereignisse im Ausland verursacht werden, wenn:
 - a) das Auswärtige Amt vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung für den ausländischen Aufenthaltsort ausgesprochen hat oder
 - b) das Auswärtige Amt nach Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung für den ausländischen Aufenthaltsort ausspricht und die versicherte Person, ohne durch Gefahr für Leib

und Leben daran gehindert zu sein, von der Möglichkeit, das Krisengebiet zu verlassen, keinen Gebrauch macht.

- bei Krankheiten und Unfällen, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind.

4.2 Subsidiaritätsklausel

Hat die versicherte Person einen Anspruch gegen einen anderen Erstattungsverpflichteten, so geht dieser Anspruch dem Anspruch gegenüber ottonova vor.

4.3 Übermaßbehandlung

Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann ottonova ihre Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

4.4 Missverhältnis

Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist ottonova insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

4.5 Bereicherungsverbot

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

5 Anerkannte Behandelnde und Behandlungen

5.1 Anerkannte Behandelnde

Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Die versicherte Person kann auch Behandlungen durch approbierte Ärzte und Zahnärzte in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) oder in Krankenhaus- und Notfallambulanzen in Anspruch nehmen.

Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen durch Behandelnde, deren Rechnungen ottonova aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer vor Behandlungsbeginn über den Ausschluss des Behandelnden von der Erstattung benachrichtigt worden ist. Erfolgt die Benachrichtigung erst nach Beginn der Behandlung, werden Aufwendungen, die später als drei Monate nach der Benachrichtigung entstehen, nicht mehr erstattet.

5.2 Anerkannte Krankenhäuser

Bei einer stationär notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter allen Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen in Krankenhäusern, deren Rechnungen ottonova aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer vor Beginn der stationären Behandlung über den Ausschluss des Krankenhauses von der Erstattung benachrichtigt worden ist. Erfolgt die Benachrichtigung erst nach Beginn

der stationären Behandlung, werden Aufwendungen, die später als drei Monate nach der Benachrichtigung entstehen, nicht mehr erstattet.

5.3 Anerkannte Behandlungen und Therapien

(5.3.1) ottonova leistet im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Es wird darüber hinaus für Methoden geleistet, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben. In diesem Fall kann ottonova jedoch ihre Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden angefallen wäre.

(5.3.2) Sofern schulmedizinische Methoden nicht zur Verfügung stehen, leistet ottonova auch für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin nicht überwiegend anerkannt sind.

6 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

6.1 Wartezeiten



Während der Wartezeit können nur unfallbedingte Leistungen in Anspruch genommen werden. Die Wartezeiten gelten ab Beginn des Versicherungsschutzes.

(6.1.1) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Erfolgt die Behandlung aufgrund eines Unfalls, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist, gilt die allgemeine Wartezeit nicht.

(6.1.2) Für Leistungen gemäß Abschnitt 3.1 gelten keine Wartezeiten.

(6.1.3) Bei einem Wechsel in einen Zahnzusatztarif mit höheren Leistungen gelten die Wartezeiten nur für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

6.2 Beginn des Versicherungsschutzes

(6.2.1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer Annahmeerklärung in Textform).

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

(6.2.2) Bei Vertragsänderungen gelten die Bestimmungen aus Abschnitt 6.2.1 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

6.3 Ende des Versicherungsschutzes

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

6.4 Kindernachversicherung

(6.4.1) Für Neugeborene beginnt der Versicherungsschutz mit der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate bei ottonova versichert ist oder der Vertragsschluss eines Elternteils vor Beginn der 21. Schwangerschaftswoche erfolgt. Die Anmeldung zur Versicherung muss dabei spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgen.

(6.4.2) Bei einer fristgerechten Anmeldung nach Abschnitt 6.4.1 beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung und ohne Zahnstaffel ab dem Tage der Geburt. Der Versicherungsschutz darf allerdings nicht höher oder umfassender als der des für die Kindernachversicherung maßgeblichen Elternteils sein.

(6.4.3) Die Adoption steht der Geburt eines Kindes gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption minderjährig ist. Besteht eine höhere Gefahr, ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags höchstens bis zur einfachen Prämienhöhe zulässig. Die Regelungen aus den Abschnitten 6.4.1 und 6.4.2 Satz 1 und 2 gelten entsprechend, Leistungseinschränkungen sind in diesen Fällen ebenfalls ausgeschlossen.

6.5 Kindermitversicherung

Kinder können bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres ohne Risikoprüfung in diesem Tarif mitversichert werden. Voraussetzung ist, dass ein Elternteil bei ottonova mindestens zwölf Monate in diesem Tarif oder in der Krankheitskostenvollversicherung versichert ist.

7 Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland, wird die Versicherung unter Berücksichtigung der Begrenzung aus Abschnitt 2.3.4 ohne besondere Vereinbarung fortgeführt, wenn die versicherte Person weiterhin in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Andernfalls endet die Versicherung nach Abschnitt 14.1.

8 Auszahlung der Versicherungsleistung

8.1 Zeitliche Zurechnung der vom Versicherungsschutz umfassten Leistungen

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

8.2 Fälligkeit der Versicherungsleistung

Geldleistungen werden fällig, sobald der Versicherungsfall und der Umfang der Leistungen durch ottonova festgestellt wurde.

ottonova ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihr geforderten Nachweise erbracht sind. Die Nachweise können ottonova

sowohl elektronisch übermittelt als auch im Original vorgelegt werden. Die Nachweise werden Eigentum von ottonova.

Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen von ottonova aus § 14 VVG (siehe Anhang).

8.3 Auszahlung der Versicherungsleistung

(8.3.1) Der Anspruch auf Auszahlung der Versicherungsleistungen steht grundsätzlich dem Versicherungsnehmer zu. Der Versicherungsnehmer kann auch eine versicherte Person in Textform als empfangsberechtigt für ihre Versicherungsleistungen benennen. ottonova ist dann verpflichtet, entsprechend dieser Empfangsberechtigung ausschließlich an diese zu leisten.

(8.3.2) Sind erstattungsfähige Behandlungskosten im Ausland in einer anderen Währung als Euro entstanden, so werden die jeweiligen Beträge zum Kurs der Europäischen Zentralbank des Tages, an dem die Belege bei ottonova eingehen, in Euro umgerechnet.

(8.3.3) Die Überweisung der Versicherungsleistung erfolgt kostenfrei auf ein vom Versicherungsnehmer benanntes Konto in Deutschland. ottonova ist berechtigt, Kosten für die Übersetzung von in ausländischer Sprache eingereichten Nachweisen mit den Versicherungsleistungen zu verrechnen.

8.4 Verpfändung bzw. Abtretung der Versicherungsleistung

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

9 Beitrag

9.1 Berechnung der Beiträge

(9.1.1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen von ottonova festgelegt. Die Höhe der Beiträge richtet sich insbesondere nach diesen Tarif- und Versicherungsbedingungen und dem erreichten Lebensjahr der versicherten Person. Liegt ein erhöhtes Risiko vor, können Risikozuschläge vereinbart werden.

(9.1.2) Besteht ein Versicherungsverhältnis in bestimmten weiteren Tarifen, so kann ottonova einen Bündelrabatt gewähren. Dieser entfällt jedoch wieder, wenn ein Tarif gekündigt wird, der Voraussetzung für den Bündelrabatt ist.

(9.1.3) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, berücksichtigt ottonova das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte Lebensalter der versicherten Person. Vereinbarte Risikozuschläge werden bei einer Änderung des Beitrages entsprechend angepasst.

9.2 Fälligkeit und Zahlungsweise

(9.2.1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Er ist ab Versicherungsbeginn zum Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag wird durch Lastschriftverfahren von ottonova von einem deutschen Konto eingezogen. Widerruft der Beitragszahler seine hierfür gegebene Einwilligung, so ist der Beitrag auf das von ottonova angegebene deutsche Konto zu zahlen.

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

(9.2.3) Beginnt die Versicherung nicht am Ersten eines Monats oder endet die Versicherung nicht am Letzten eines Monats, ist der betreffende Monatsbeitrag nur anteilig zu zahlen.

9.3 Folgen eines Beitragsrückstandes

Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Wird ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.

10 Beitragsanpassung

10.1 Jährliche Nachkalkulation und Erfordernis der Beitragsanpassung

(10.1.1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen von ottonova z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht ottonova zumindest jährlich für diesen Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen.

(10.1.2) Ergibt die Gegenüberstellung der erforderlichen Versicherungsleistungen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit dieses Tarifs eine Abweichung von mehr als 5%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von ottonova überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des unabhängigen mathematischen Treuhänders angepasst. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch ottonova und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als nur vorübergehend anzusehen ist.

(10.1.3) Ist eine Beitragsanpassung nach den Grundsätzen gemäß Abschnitt 10.1.2 erforderlich, sind vereinbarte Risikozuschläge im Zuge der Beitragsanpassung entsprechend anzupassen.

10.2 Mitteilung und Wirksamwerden der Beitragsanpassung

Ist eine Beitragsanpassung erforderlich, wird ottonova jeden betroffenen Versicherungsnehmer über die Neufestsetzung der Beiträge in Textform informieren. Die Veränderung des Beitrages und die im Zuge der Beitragsanpassung durchgeführten weiteren Veränderungen werden frühestens zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung der Beiträge folgt.

10.3 Außerordentliches Kündigungsrecht bei Erhöhung der Beiträge

Erhöht ottonova die Beiträge nach Abschnitt 10.1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Mitteilung über die Neufestsetzung der Beiträge zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

Falls der Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung der Beiträge länger als zwei Monate nach Zugang der Mitteilung über die Neufestsetzung der Beiträge in der Zukunft liegt, verlängert sich die im letzten Satz genannte Kündigungsfrist bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung.

11 Änderung der Tarif- und Versicherungsbedingungen

11.1 Dauerhafte Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens, können diese Bedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger juristischer Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden frühestens zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

11.2 Ersetzung einer unwirksamen Klausel

Ist eine Bestimmung dieser Bedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie ottonova durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

11.3 Dynamisierung von betragsmäßigen tariflichen Leistungsbegrenzungen

ottonova prüft in regelmäßigen Abständen, ob im Tarif genannte betragsmäßige Begrenzungen einzelner Leistungen im Hinblick auf den medizinischen Fortschritt und die Preisentwicklung noch angemessen sind. Die Versicherungsleistung kann zu Gunsten der Versicherten erhöht werden, wenn es zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

11.4 Außerordentliches Kündigungsrecht bei Änderung der Tarif- und Versicherungsbedingungen

Führt eine Änderung dieser Tarif- und Versicherungsbedingungen nach Abschnitt 11.1 dazu, dass die Leistungen von ottonova vermindert werden, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person kündigen. Die Kündigung muss spätestens zwei Monate nachdem die Änderungsmitteilung zugegangen ist bei ottonova eingehen und ist wirksam, sobald die Leistungsminderung einsetzt.

12 Tarifwechsel

(12.1) Der Versicherungsnehmer kann den Wechsel in andere Zahnzusatztarife von ottonova verlangen, wenn die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit im beantragten Tarif erfüllt. ottonova ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet, wenn das bestehende Versicherungsverhältnis nicht befristet ist.

(12.2) Bei einem Wechsel nach Abschnitt 12.1 bleiben die erworbenen Rechte erhalten. Vereinbarte Risikozuschläge werden entsprechend angepasst.

(12.3) Wenn der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann ottonova bei Vorliegen eines erhöhten Risikos für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbaren oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Der Versicherungsnehmer kann den Risikozuschlag abwenden, indem er stattdessen für die Mehrleistung die Vereinbarung eines Leistungsausschlusses wählt.

13 Versicherungsjahr und Mindestvertragsdauer

13.1 Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind dem Kalenderjahr gleich.

13.2 Mindestvertragsdauer

Das Versicherungsverhältnis wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre.

14 Ende des Versicherungsverhältnisses

14.1 Ende der Versicherung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Wenn für eine versicherte Person die Versicherung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung endet, endet auch die Versicherung nach diesem Tarif für diese Person. Das Ende der Versicherung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung ist ottonova unverzüglich anzuzeigen.

14.2 Tod der versicherten Person

Beim Tod einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis dieser Person.

14.3 Tod des Versicherungsnehmers

Beim Tod des Versicherungsnehmers haben die verbleibenden versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des bisherigen Versicherungsnehmers zu erklären.

15 Kündigung des Versicherungsverhältnisses

15.1 Verzicht auf ordentliche Kündigung durch ottonova

ottonova verzichtet auf ihr ordentliches Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht von ottonova bleiben dabei unberührt.

15.2 Ordentliche Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen, frühestens aber zum Ablauf der Mindestvertragsdauer. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

15.3 Kündigung durch den Versicherungsnehmer bei Erhöhung der Beiträge oder Minderung der Leistungen

Siehe hierzu die Regelungen zum außerordentlichen Kündigungsrecht bei Beitragsanpassung in Abschnitt 10.3 bzw. bei Änderung der Tarif- und Versicherungsbedingungen in Abschnitt 11.4.

15.4 Kündigung durch den Versicherungsnehmer bei vertraglich festgelegter Erhöhung der Beiträge

Erhöht sich der Beitrag bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die betroffene versicherte Person kündigen. Die Kündigung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung rückwirkend zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens erfolgen.

15.5 Kündigung der Versicherung durch den Versicherungsnehmer für eine andere versicherte Person

Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für eine andere versicherte Person, ist die Kündigung nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.

Die versicherte Person hat in diesem Fall das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Letzterer muss innerhalb von zwei Monaten die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses bestätigen.

16 Auskunftspflichten von ottonova

16.1 Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen

ottonova gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die ottonova bei der Prüfung der Leistungspflicht eingeholt hat. Wenn dieser Auskunft an oder dieser 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 von ottonova eingeholt, erstattet ottonova die entstandenen Kosten.

16.2 Leistungszusage

Vor Beginn einer Behandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. ottonova wird die Auskunft innerhalb von zwei Wochen erteilen. ottonova geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens bei ottonova. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch ottonova vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

17 Obliegenheiten und Obliegenheitsverletzungen

17.1 Erteilung von Auskünften

Versicherungsnehmer und versicherte Person haben auf Verlangen von ottonova jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls bzw. des Umfangs der Leistungspflicht von ottonova erforderlich ist. Insbesondere ist auf Verlangen nachzuweisen, ob und in welchem Umfang eine Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung besteht.

17.2 Zahnärztliche oder ärztliche Untersuchung

Auf Verlangen von ottonova ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von ottonova beauftragten Zahnarzt oder Arzt untersuchen zu lassen, wenn ottonova dies zur Feststellung des Versicherungsfalls bzw. des Umfangs der Leistungspflicht als erforderlich erachtet. Die Kosten für die Untersuchung trägt ottonova.

17.3 Schadenminderung

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

17.4 Zustimmung zu anderweitigem Versicherungsschutz

Eine weitere Krankheitskostenversicherung, die auch Leistungen für zahnärztliche Behandlung in Deutschland enthält, darf bei einem anderen privaten Krankenversicherer nur mit Einwilligung von ottonova abgeschlossen werden.

17.5 Folge von Obliegenheitsverletzungen

Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Abschnitt 17.1 bis 17.4 wird ottonova mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Wird die in Abschnitt 17.4 genannte Obliegenheit verletzt, so kann ottonova das Versicherungsverhältnis zudem, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang), innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

17.6 Änderung von Anschrift oder Namen

Änderungen seiner Anschrift oder seines Namens hat der Versicherungsnehmer unverzüglich mitzuteilen. Tut er das nicht, gelten Erklärungen, die ottonova mit eingeschriebenem Brief an die letzte ihr bekannte Anschrift sendet, drei Tage nach Absendung als zugegangen.

18 Obliegenheiten und Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

18.1 Abtretung bei Ansprüchen gegenüber Dritten	Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) zu leisten ist, an ottonova schriftlich abzutreten.
18.2 Pflicht zur Mitwirkung	Versicherungsnehmer und versicherte Person müssen einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht wahren. Dabei müssen sie geltende Form- und Fristvorschriften beachten und ottonova bei der Durchsetzung der Ansprüche, soweit erforderlich, unterstützen.
18.3 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Abschnitt 18.1 bzw. 18.2 wird ottonova mit den in § 86 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, soweit sie infolge der Obliegenheitsverletzung keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann.
18.4 Anspruch auf Rückzahlung gegen den Leistungserbringer	Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die ottonova aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, gelten die Abschnitte 18.1 bis 18.3 entsprechend.

19 Sonstige Bestimmungen

19.1 Erklärungen des Versicherungsnehmers	Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber ottonova bedürfen der Textform.
19.2 Aufrechnung durch den Versicherungsnehmer	Gegen Forderungen von ottonova ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

20 Anwendbares Recht und Gerichtsstand

20.1 Anwendbares Recht	Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
20.2 Klagen des Versicherungsnehmers	Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen ottonova können bei dem Gericht am Sitz von ottonova oder bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers in Deutschland erhoben werden.
20.3 Klagen von ottonova	Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person ist das Gericht des Ortes ausschließlich zuständig, an dem der Versicherungsnehmer

seinen bzw. die versicherte Person ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen bzw. ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat.

20.4 Wohnsitzverlegung und unbekannter Wohnsitz

Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt an einen Ort außerhalb Deutschlands oder ist der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, können Klagen aus dem Versicherungsvertrag nur am Gericht des Sitzes von ottonova erhoben werden.

21 Verjährung

21.1 Verjährungsfrist

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt – ungeachtet der Fälligkeit der Versicherungsleistung nach § 14 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) – mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Versicherungsnehmer von den anspruchsbegründenden Umständen Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit Kenntnis erlangt haben müsste.

21.2 Hemmung der Verjährung

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

Anhang

Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

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

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

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

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

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

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

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 53 Wahltarife

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Prämienzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Die Prämienzahlung darf ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten und wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Die im dritten und vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und den §§ 24 bis 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.

(3) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung zu regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach § 63, § 73b, § 137f oder § 140a teilnehmen, Tarife angeboten werden. Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen.

(4) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Sie kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen. § 13 Abs. 2 Satz 2 und 3 gilt nicht.

(5) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung die Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen regeln, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 von der Versorgung ausgeschlossen sind, und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen.

(6) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Absatz 2 Nummer 2 und 3 genannten Versicherten gemeinsame Tarife sowie Tarife für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen, für die Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch spätestens mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit. Von § 47 kann abgewichen werden. Die Krankenkasse hat entsprechend der Leistungserweiterung Prämienzahlungen des Mitglieds vorzusehen. Die Höhe der Prämienzahlung ist unabhängig von Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko des Mitglieds festzulegen. Die Krankenkasse kann durch Satzungsregelung die Durchführung von Wahlтарifen nach Satz 1 auf eine andere Krankenkasse oder einen Landesverband übertragen. In diesen Fällen erfolgt die Prämienzahlung weiterhin an die übertragende Krankenkasse. Die Rechenschaftslegung erfolgt durch die durchführende Krankenkasse oder den durchführenden Landesverband.

(7) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für bestimmte Mitgliedergruppen, für die sie den Umfang der Leistungen nach Vorschriften dieses Buches beschränkt, der Leistungsbeschränkung entsprechende Prämienzahlung vorsehen.

(8) Die Mindestbindungsfrist beträgt für die Wahlтарife nach den Absätzen 2, 4 und 5 ein Jahr und für die Wahlтарife nach den Absätzen 1 und 6 drei Jahre; für die Wahlтарife nach Absatz 3 gilt keine Mindestbindungsfrist. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 gekündigt werden; § 175 Absatz 4 Satz 5 gilt mit Ausnahme für Mitglieder in Wahlтарifen nach Absatz 6. Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. Die Prämienzahlung an Versicherte darf bis zu 20 vom Hundert, für einen oder mehrere Tarife 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1, jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei einem oder mehreren Tarifen 900 Euro jährlich betragen. Satz 4 gilt nicht für Versicherte, die Teilkostenerstattung nach § 14 gewählt haben. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Absatz 3 wählen.

(9) Die Aufwendungen für jeden Wahlтарif müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahlтарifen auf Dauer finanziert werden. Kalkulatorische Einnahmen, die allein durch das Halten oder die Neugewinnung von Mitgliedern erzielt werden, dürfen dabei nicht berücksichtigt werden; wurden solche Einnahmen bei der Kalkulation von Wahlтарifen berücksichtigt, ist die Kalkulation unverzüglich, spätestens bis zum 31. Dezember 2013 entsprechend umzustellen. Die Krankenkassen haben über die Berechnung nach den Sätzen 1 und 2 der zuständigen Aufsichtsbehörde regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, Rechenschaft abzulegen. Sie haben hierzu ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen über

die wesentlichen versicherungsmathematischen Annahmen, die der Berechnung der Beiträge und der versicherungstechnischen Rückstellungen der Wahltarife zugrunde liegen.

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

(1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

(1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden; die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort. Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Du erhältst in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über die Leistungen und Rahmenbedingungen deiner Versicherung. Bitte beachte, dass diese Übersicht und insbesondere die Aufzählungen nicht abschließend sind. Detaillierte Informationen zur abgeschlossenen Versicherung findest du in den Tarif- und Versicherungsbedingungen, dem Antrag und deinem Versicherungsschein. Bitte lies alle Unterlagen durch, damit du umfassend informiert bist.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Bei dem Tarif ottonova Zahn 85 handelt es sich um eine private Zahnzusatzversicherung, die die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ergänzt. Sie sichert dich gegen das Kostenrisiko bei zahnärztlicher Behandlung ab.



Was ist versichert?

- Aufwendungen für zahnärztliche Behandlung bei Krankheit, Unfallfolgen und anderen im Vertrag genannten Leistungen.
- Leistungen für professionelle Zahnreinigung.
- Leistungen für sonstige Prophylaxe, Kariesrisikodiagnostik sowie Fissurenversiegelung.
- Leistungen bei Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie für Kinder und Jugendliche sowie Gnathologie (Funktionsanalyse und -therapie).
- Zahntechnische Leistungen, Laserbehandlungen, Bildaufnahmen sowie Anästhesieleistungen.



Was ist nicht versichert?

- Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes angeraten, geplant oder begonnen wurden.
- Behandlungen von Verletzungen, die in Ausübung eines Kampf- oder Profisportes entstanden.
- Behandlungen durch Zahnärzte und Ärzte, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben.

Weitere Einzelheiten findest du in den Tarif- und Versicherungsbedingungen ottonova Zahn 85, insbesondere Abschnitt 4.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- Bei Behandlung in Deutschland sind die Leistungen bis zu den Höchstätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.
- In den ersten 48 Monaten sind die Leistungen gemäß der Zahnstaffel begrenzt. Diese entfällt jedoch bei Behandlung aufgrund eines Unfalls, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.
- Die Leistungen für Prophylaxe, professionelle Zahnreinigung, Kariesrisikodiagnostik und Fissurenversiegelung sind auf 140 Euro pro Versicherungsjahr begrenzt.
- Die Leistungen für Zahnersatz, Kieferorthopädie und Gnathologie sind bei Behandlung durch einen Zahnarzt mit Zulassung bei der deutschen GKV auf 85% der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen beschränkt.
- Bei Behandlung durch einen Zahnarzt ohne Zulassung bei der deutschen GKV sind die Leistungen für Zahnbehandlung auf 70% und für Zahnersatz und Kieferorthopädie auf 55% beschränkt.
- Kieferorthopädische Leistungen sind auf 1.500 Euro in 10 Versicherungsjahren begrenzt.



Wo bin ich versichert?

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



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Bei Vertragsabschluss ist es sehr wichtig, dass du sämtliche Antragsfragen sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß beantwortest – also nach bestem Wissen und Gewissen. Die Antworten auf unsere Antragsfragen bilden die Grundlage für den Abschluss des Versicherungsvertrages.
- Wenn du bei uns zu einem Versicherungsfall Rechnungen einreichst, kann es sein, dass wir zusätzliche Auskünfte benötigen. Es kann für die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang unserer Leistungspflicht notwendig sein, dass du oder die versicherte Person sich auf unseren Wunsch hin bei einem von uns beauftragten Zahnarzt oder Arzt untersuchen lässt. Du bist verpflichtet, uns alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen oder uns zu ermöglichen, die erforderlichen Informationen selbst einzuholen.
- Zudem musst du uns mitteilen, wenn die Versicherung von dir oder der versicherten Person in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) endet.



Wann und wie zahle ich?

- Dein Beitrag wird von uns jeweils zum Ersten eines Monats per Lastschrift eingezogen.
- Wenn du den Erstbeitrag oder einen Folgebeitrag aus eigenem Verschulden nicht zahlst und auch in der von uns gesetzten Frist den Beitragsrückstand nicht vollständig begleichst, kann das dazu führen, dass wir vom Vertrag zurücktreten oder deine Zahnzusatzversicherung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Sobald wir dir den Versicherungsschein zugestellt haben, ist der Vertrag geschlossen. In deinem Versicherungsschein findest du den genauen Versicherungsbeginn. Versicherungsschutz besteht aber erst dann, wenn der erste Monatsbeitrag beglichen wurde.
- Die Deckung beginnt nach einer allgemeinen Wartezeit von drei Monaten. Für unfallbedingte Behandlungen und Prophylaxe entfällt diese Wartezeit.
- Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet allerdings automatisch, wenn die Versicherung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung endet.
- Der Versicherungsschutz endet – auch bei nicht abgeschlossenen Heilbehandlungen – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Du kannst den Vertrag erstmals zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres kündigen.
- Anschließend ist die Kündigung jeweils zum Ende eines jeden Kalendermonats möglich.
- Außerdem kannst du die Versicherung außerordentlich kündigen, z.B. dann, wenn wir die Beiträge erhöhen müssen oder die Leistungen durch eine Änderung der Tarif- und Versicherungsbedingungen vermindern müssen. In diesem Fall gelten besondere Kündigungsbedingungen.

Weitere Details zur Kündigung findest du in Abschnitt 15 der Tarif- und Versicherungsbedingungen ottonova Zahn 85.



Tarif- und Versicherungsbedingungen ottonova Zahn 85

Ausgabe 03 / 2019

Inhaltsübersicht

1	Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit	1
2	Versicherungsfall, Versicherungsschutz und Erstattungsfähigkeit	1
3	Leistungen	2
4	Leistungsausschlüsse	6
5	Anerkannte Behandelnde und Behandlungen	7
6	Beginn und Ende des Versicherungsschutzes	8
7	Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland	9
8	Auszahlung der Versicherungsleistung	9
9	Beitrag	10
10	Beitragsanpassung	11
11	Änderung der Tarif- und Versicherungsbedingungen	12
12	Tarifwechsel	13
13	Versicherungsjahr und Mindestvertragsdauer	13
14	Ende des Versicherungsverhältnisses	13
15	Kündigung des Versicherungsverhältnisses	14
16	Auskunftspflichten von ottonova	14
17	Obliegenheiten und Obliegenheitsverletzungen	15
18	Obliegenheiten und Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	16
19	Sonstige Bestimmungen	16
20	Anwendbares Recht und Gerichtsstand	16
21	Verjährung	17
Anhang		
	Versicherungsvertragsgesetz (VVG)	18
	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)	19
	Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)	20

Tarif- und Versicherungsbedingungen ottonova Zahn 85

1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

- 1.1 Aufnahmefähigkeit** Aufnahmefähig sind Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben und nicht bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung versichert sind.
- 1.2 Versicherungsfähigkeit** Versicherungsfähig sind Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).
- Wenn die Versicherungsfähigkeit wegfällt, endet die Versicherung nach diesen Tarif- und Versicherungsbedingungen. Siehe hierzu auch Abschnitt 14.1.
-

2 Versicherungsfall, Versicherungsschutz und Erstattungsfähigkeit

- 2.1 Versicherungsfall** Im Versicherungsfall erstattet der Versicherer (die ottonova Krankenversicherung AG, im Folgenden: ottonova) Aufwendungen für zahnärztliche Heilbehandlungen und für weitere nachstehend unter Abschnitt 3 aufgeführte Leistungen, die vom Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung nicht oder nur teilweise umfasst sind.
- Der 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 keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.
- 2.2 Umfang des Versicherungsschutzes** Der Umfang des Versicherungsschutzes gemäß diesem Tarif ergibt sich aus
- dem Versicherungsschein,
 - den späteren in Textform festgehaltenen Vereinbarungen,
 - diesen Tarif- und Versicherungsbedingungen und
 - den gesetzlichen Vorschriften.
- 2.3 Rahmen und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes** (2.3.1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen einer ambulanten zahnärztlichen Behandlung nach Abschnitt 3. Diese Behandlungen sind nur von einem nach Abschnitt 5.1 anerkannten Behandelnden erstattungsfähig.

(2.3.2) Erstattungsfähig sind Aufwendungen einer stationären zahnärztlichen Behandlung, wenn die Behandlung aus allgemeinen medizinischen Gründen nicht ambulant durchgeführt werden kann und die gesetzliche Krankenversicherung die allgemeinen Krankenhausleistungen der stationären zahnärztlichen Behandlung trägt. Bei stationärer Behandlung sind wahlärztliche Leistungen sowie belegärztliche Leistungen nach den in Abschnitt 3 genannten Regelungen erstattungsfähig. Ambulant und stationär erbrachte zahnärztliche Leistungen sowie zahntechnische Leistungen werden bei Anwendung der Leistungsstaffel (siehe Abschnitt 3.2) zusammengerechnet.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen und gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer.

(2.3.3) Zahnärztliche Leistungen sind bei Behandlungen in Deutschland bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Zahntechnische Leistungen, die vom Zahnarzt oder einem zahntechnischen Labor erbracht werden, sind in einem angemessenen preislichen Rahmen erstattungsfähig.

(2.3.4) Es besteht weltweiter Versicherungsschutz. Allerdings bleibt ottonova bei Behandlungen im Ausland höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die sie bei einer zahnärztlichen Behandlung in Deutschland zu erbringen hätte.

3 Leistungen



Versicherungsjahr: Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind dem Kalenderjahr gleich (siehe Abschnitt 13.1).

3.1 Prophylaktische Leistungen, Kariesrisikodiagnostik und Fissurenversiegelung

Erstattungsfähig sind prophylaktische Leistungen gemäß den Bestimmungen von Buchstabe B der GOZ (z.B. professionelle Zahnreinigung), Kariesrisikodiagnostik sowie Fissurenversiegelung.

Erstattungssatz:

Die Leistungen sind zu 100% erstattungsfähig, wobei die Vorleistung der GKV in Abzug gebracht wird. Die Leistung für eine professionelle Zahnreinigung ist auf 70 Euro je Behandlung begrenzt

Begrenzung:

Für eine versicherte Person sind Leistungen gemäß Abschnitt 3.1 auf 140 Euro pro Versicherungsjahr begrenzt.

3.2 Zahnstaffel

Die Leistungen für erstattungsfähige Aufwendungen gemäß den folgenden Abschnitten 3.3 bis 3.7 sind in den ersten 48 Monaten nach Versicherungsbeginn begrenzt.

Leistungsstaffel:

Die Leistung von ottonova beträgt

- in den ersten 12 Monaten nach Versicherungsbeginn maximal 1.000 Euro,
- in den ersten 24 Monaten nach Versicherungsbeginn maximal 2.000 Euro,
- in den ersten 36 Monaten nach Versicherungsbeginn maximal 3.000 Euro,
- in den ersten 48 Monaten nach Versicherungsbeginn maximal 4.000 Euro.

Erfolgt die zahnärztliche Behandlung aufgrund eines Unfalls, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist, entfällt diese Begrenzung. Die in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen werden bei einer späteren, unfallunabhängigen Behandlung nicht auf die vorstehende Leistungsstaffel angerechnet.

Nach Ablauf von 48 Monaten nach Versicherungsbeginn gibt es keine Begrenzungen gemäß der vorherstehenden Leistungsstaffel mehr.

3.3 Zahnbehandlung

(3.3.1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für plastische Füllungen (insbesondere Kunststoff-, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen).

(3.3.2) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Parodontal- und Wurzelbehandlungen, Wurzelkanal-Behandlungen und Wurzelspitzen-Resektionen.

Zur Parodontalbehandlung zählt auch der Einsatz von VECTOR-Technologie, die Schleimhauttransplantation sowie Bakterienanalysen und DNA-Tests.

Zur Wurzelkanalbehandlung zählt auch die elektrometrische Wurzellängenmessung sowie die Behandlung mit dem OP-Mikroskop.

(3.3.3) Erstattungsfähig sind auch die für Leistungen nach 3.3.1 und 3.3.2 notwendigen zahntechnischen Leistungen, Laserbehandlungen inklusive photoaktivierter Chemotherapie, Bildaufnahmen (auch digitale Volumentomographie) und Anästhesieleistungen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen.

Erstattungssatz:

- a) Die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen gemäß 3.3.1 sowie den zugehörigen Leistungen nach 3.3.3 werden zu 100% erstattet. Erbringt die GKV deshalb keine Vorleistung, weil ein Zahnarzt ohne Zulassung bei der deutschen GKV gewählt wurde, sind 70% der Aufwendungen erstattungsfähig.

- b) Erbringt die GKV für eine Behandlung gemäß Abschnitt 3.3.2 eine Vorleistung, werden die nach Vorleistungen der GKV verbleibenden Aufwendungen gemäß 3.3.2 sowie den zugehörigen Leistungen nach 3.3.3 zu 100% erstattet. Erbringt die GKV deshalb keine Vorleistung, weil ein Zahnarzt ohne Zulassung bei der deutschen GKV gewählt wurde, sind 70% der Aufwendungen erstattungsfähig.
- c) Erbringt die GKV für eine Behandlung gemäß Abschnitt 3.3.2 keine Vorleistung, obwohl ein Zahnarzt mit Zulassung bei der deutschen GKV gewählt wurde, werden Aufwendungen gemäß 3.3.2 sowie den zugehörigen Leistungen nach 3.3.3 zu 85% erstattet.



Um den Versicherungsnehmer vor einer unerwartet hohen Selbstbeteiligung zu schützen, wird bei geplanten Behandlungen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.000 Euro die Vorlage eines Heil- und Kostenplans dringend angeraten (siehe Abschnitt 3.7).

3.4 Zahnersatz

Als Versorgung mit Zahnersatz gelten

- prothetische Leistungen (z.B. Teilprothesen, Vollprothesen),
- implantologische Leistungen (z.B. Knochenaufbau, Implantate),
- die Versorgung mit Zahnkronen (z.B. Vollkronen, Teilkronen, Veneers) und
- Einlagefüllungen (z.B. Inlays, Onlays).

Sowohl metallische als auch vollkeramische Versorgungen (z.B. CEREC) sind erstattungsfähig. Wenn für einen Zahn eine metallische Versorgung gewählt wird, sind auch Keramikverblendungen erstattungsfähig. Zur Versorgung mit Zahnersatz zählen auch die hierfür notwendigen zahntechnischen Leistungen, Laserbehandlungen inklusive photoaktivierter Chemotherapie, Bildaufnahmen (auch digitale Volumentomographie) und Anästhesieleistungen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen.

Erstattungssatz:

- a) Die Leistungen sind zu 85% erstattungsfähig, wobei die Vorleistung der GKV in Abzug gebracht wird. Erbringt die GKV keine Vorleistung, weil ein Zahnarzt ohne Zulassung bei der deutschen GKV gewählt wurde, sind 55% der Aufwendungen erstattungsfähig.
- b) Sofern bei einer Zahnersatzmaßnahme ausschließlich die GKV-Regelversorgung von einem Zahnarzt mit GKV-Zulassung durchgeführt wurde, werden die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen zu 100% erstattet.



Um den Versicherungsnehmer vor einer unerwartet hohen Selbstbeteiligung zu schützen, wird bei geplanten Behandlungen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.000 Euro die Vorlage eines Heil- und Kostenplans dringend angeraten (siehe Abschnitt 3.7).

3.5 Kieferorthopädische Leistungen (KFO)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, sofern die versicherte Person zu Beginn der Maßnahme das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und die Maßnahme den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3 bis 5 zuzuordnen ist. Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören insbesondere Invisalign-Behandlungen, sowie Behandlungen mit inliegenden Zahnspangen, Mini- und Kunststoffbrackets, farblosen Bögen sowie Retainern. Als kieferorthopädische Leistungen gelten auch die für die kieferorthopädische Maßnahme notwendigen funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen, zahn-technischen und chirurgischen Leistungen, Bildaufnahmen (auch digitale Volumentomographie) und Anästhesieleistungen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen.

Erstattungssatz:

- a) Die Leistungen sind zu 85% erstattungsfähig, wobei die Vorleistung der GKV in Abzug gebracht wird. Erbringt die GKV deshalb keine Vorleistung, weil ein Zahnarzt ohne Zulassung bei der deutschen GKV gewählt wurde, sind 55% der Aufwendungen erstattungsfähig.
- b) Sofern bei einer kieferorthopädischen Maßnahme ausschließlich die GKV-Regelversorgung von einem Zahnarzt mit GKV-Zulassung durchgeführt wurde, werden die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen zu 100% erstattet.

Begrenzung:

Die Leistungen gemäß Abschnitt 3.5 sind für eine versicherte Person innerhalb von 10 Versicherungsjahren auf 1.500 Euro begrenzt.



Um den Versicherungsnehmer vor einer unerwartet hohen Selbstbeteiligung zu schützen, wird bei geplanten Behandlungen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.000 Euro die Vorlage eines Heil- und Kostenplans dringend angeraten (siehe Abschnitt 3.7).

3.6 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (nicht KFO)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, die nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Maßnahme durchgeführt werden. Als funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen gelten auch die hierfür notwendigen zahn-technischen Leistungen, Bildaufnahmen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (auch DROS-Schienen).

Erstattungssatz:

Die Leistungen sind zu 85% erstattungsfähig, wobei die Vorleistung der GKV in Abzug gebracht wird.



Um den Versicherungsnehmer vor einer unerwartet hohen Selbstbeteiligung zu schützen, wird bei geplanten Behandlungen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.000 Euro die Vorlage eines Heil- und Kostenplans dringend angeraten (siehe Abschnitt 3.7).

3.7 Heil- und Kostenplan

Um den Versicherungsnehmer vor einer unerwartet hohen Selbstbeteiligung zu schützen, wird bei geplanten Behandlungen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.000 Euro die Vorlage eines Heil- und Kostenplans dringend angeraten.

Trägt die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für die Erstellung eines Heil- und Kostenplans nicht oder nur teilweise, werden die verbleibenden Kosten zu 100% erstattet. Voraussetzung ist, dass der Heil- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn bei ottonova eingereicht wird.

Nach Erhalt des Heil- und Kostenplanes wird dieser unverzüglich von ottonova geprüft und dem Versicherungsnehmer Auskunft darüber erteilt, welche Erstattung und Selbstbeteiligung zu erwarten sind.

3.8 Gewählter Selbstbehalt und Vorleistung der GKV

Als Erstattungsvoraussetzung für Leistungen gemäß den Abschnitten 3.3 bis 3.5 und 3.7 ist stets der Nachweis über die Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen. Ein nach § 53 SGB V (siehe Anhang) von der gesetzlichen Krankenversicherung abzogener Selbstbehalt gilt als Vorleistung der GKV.

4 Leistungsausschlüsse

4.1 Keine Leistungspflicht besteht

- für Behandlungen, die vor dem Versicherungsbeginn angeraten, geplant oder begonnen wurden.
- für Behandlungen von Verletzungen und deren Folgen, die sich die versicherte Person in Ausübung eines Kampfsportes zugezogen hat.
- für Behandlungen von Verletzungen und deren Folgen, die sich die versicherte Person in Ausübung einer Sportart zugezogen hat, die sie berufsmäßig ausübt (Profisport). Eine Sportart gilt im Sinne dieser Bedingungen als berufsmäßig ausgeübt, sofern mindestens 50% des beruflichen Einkommens direkt oder indirekt aus ihrer Ausübung erzielt werden.
- bei Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. (Nachgewiesene Sachkosten werden gemäß diesen Tarif- und Versicherungsbedingungen erstattet.)
- bei von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten oder Unfällen einschließlich deren Folgen.
- bei Krankheiten und Unfällen, die durch Kriegsereignisse in Deutschland verursacht werden.
- bei Krankheiten und Unfällen, die durch Kriegs- oder Terrorereignisse im Ausland verursacht werden, wenn:
 - a) das Auswärtige Amt vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung für den ausländischen Aufenthaltsort ausgesprochen hat oder

b) das Auswärtige Amt nach Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung für den ausländischen Aufenthaltsort ausspricht und die versicherte Person, ohne durch Gefahr für Leib und Leben daran gehindert zu sein, von der Möglichkeit, das Krisengebiet zu verlassen, keinen Gebrauch macht.

- bei Krankheiten und Unfällen, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind.

4.2 Subsidiaritätsklausel

Hat die versicherte Person einen Anspruch gegen einen anderen Erstattungsverpflichteten, so geht dieser Anspruch dem Anspruch gegenüber ottonova vor.

4.3 Übermaßbehandlung

Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann ottonova ihre Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

4.4 Missverhältnis

Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist ottonova insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

4.5 Bereicherungsverbot

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

5 Anerkannte Behandelnde und Behandlungen

5.1 Anerkannte Behandelnde

Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Die versicherte Person kann auch Behandlungen durch approbierte Ärzte und Zahnärzte in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) oder in Krankenhaus- und Notfallambulanzen in Anspruch nehmen.

Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen durch Behandelnde, deren Rechnungen ottonova aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer vor Behandlungsbeginn über den Ausschluss des Behandelnden von der Erstattung benachrichtigt worden ist. Erfolgt die Benachrichtigung erst nach Beginn der Behandlung, werden Aufwendungen, die später als drei Monate nach der Benachrichtigung entstehen, nicht mehr erstattet.

5.2 Anerkannte Krankenhäuser

Bei einer stationär notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter allen Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen in Krankenhäusern, deren Rechnungen ottonova aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer vor Beginn der stationären Behandlung über

den Ausschluss des Krankenhauses von der Erstattung benachrichtigt worden ist. Erfolgt die Benachrichtigung erst nach Beginn der stationären Behandlung, werden Aufwendungen, die später als drei Monate nach der Benachrichtigung entstehen, nicht mehr erstattet.

5.3 Anerkannte Behandlungen und Therapien

(5.3.1) ottonova leistet im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Es wird darüber hinaus für Methoden geleistet, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben. In diesem Fall kann ottonova jedoch ihre Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden angefallen wäre.

(5.3.2) Sofern schulmedizinische Methoden nicht zur Verfügung stehen, leistet ottonova auch für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin nicht überwiegend anerkannt sind.

6 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

6.1 Wartezeiten



Während der Wartezeit können nur unfallbedingte Leistungen in Anspruch genommen werden. Die Wartezeiten gelten ab Beginn des Versicherungsschutzes.

(6.1.1) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Erfolgt die Behandlung aufgrund eines Unfalls, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist, gilt die allgemeine Wartezeit nicht.

(6.1.2) Für Leistungen gemäß Abschnitt 3.1 gelten keine Wartezeiten.

(6.1.3) Bei einem Wechsel in einen Zahnzusatztarif mit höheren Leistungen gelten die Wartezeiten nur für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

6.2 Beginn des Versicherungsschutzes

(6.2.1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer Annahmeerklärung in Textform).

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

(6.2.2) Bei Vertragsänderungen gelten die Bestimmungen aus Abschnitt 6.2.1 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

6.3 Ende des Versicherungsschutzes

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

6.4 Kindernachversicherung

(6.4.1) Für Neugeborene beginnt der Versicherungsschutz mit der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate bei ottonova versichert ist oder der Vertragsschluss eines Elternteils vor Beginn der 21. Schwangerschaftswoche erfolgt. Die Anmeldung zur Versicherung muss dabei spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgen.

(6.4.2) Bei einer fristgerechten Anmeldung nach Abschnitt 6.4.1 beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung und ohne Zahnstaffel ab dem Tage der Geburt. Der Versicherungsschutz darf allerdings nicht höher oder umfassender als der des für die Kindernachversicherung maßgeblichen Elternteils sein.

(6.4.3) Die Adoption steht der Geburt eines Kindes gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption minderjährig ist. Besteht eine höhere Gefahr, ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags höchstens bis zur einfachen Prämienhöhe zulässig. Die Regelungen aus den Abschnitten 6.4.1 und 6.4.2 Satz 1 und 2 gelten entsprechend, Leistungseinschränkungen sind in diesen Fällen ebenfalls ausgeschlossen.

6.5 Kindermitversicherung

Kinder können bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres ohne Risikoprüfung in diesem Tarif mitversichert werden. Voraussetzung ist, dass ein Elternteil bei ottonova mindestens zwölf Monate in diesem Tarif oder in der Krankheitskostenvollversicherung versichert ist.

7 Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland, wird die Versicherung unter Berücksichtigung der Begrenzung aus Abschnitt 2.3.4 ohne besondere Vereinbarung fortgeführt, wenn die versicherte Person weiterhin in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Andernfalls endet die Versicherung nach Abschnitt 14.1.

8 Auszahlung der Versicherungsleistung

8.1 Zeitliche Zurechnung der vom Versicherungsschutz umfassten Leistungen

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

8.2 Fälligkeit der Versicherungsleistung

Geldleistungen werden fällig, sobald der Versicherungsfall und der Umfang der Leistungen durch ottonova festgestellt wurde.

ottonova ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihr geforderten Nachweise erbracht sind. Die Nachweise können ottonova

sowohl elektronisch übermittelt als auch im Original vorgelegt werden. Die Nachweise werden Eigentum von ottonova.

Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen von ottonova aus § 14 VVG (siehe Anhang).

8.3 Auszahlung der Versicherungsleistung

(8.3.1) Der Anspruch auf Auszahlung der Versicherungsleistungen steht grundsätzlich dem Versicherungsnehmer zu. Der Versicherungsnehmer kann auch eine versicherte Person in Textform als empfangsberechtigt für ihre Versicherungsleistungen benennen. ottonova ist dann verpflichtet, entsprechend dieser Empfangsberechtigung ausschließlich an diese zu leisten.

(8.3.2) Sind erstattungsfähige Behandlungskosten im Ausland in einer anderen Währung als Euro entstanden, so werden die jeweiligen Beträge zum Kurs der Europäischen Zentralbank des Tages, an dem die Belege bei ottonova eingehen, in Euro umgerechnet.

(8.3.3) Die Überweisung der Versicherungsleistung erfolgt kostenfrei auf ein vom Versicherungsnehmer benanntes Konto in Deutschland. ottonova ist berechtigt, Kosten für die Übersetzung von in ausländischer Sprache eingereichten Nachweisen mit den Versicherungsleistungen zu verrechnen.

8.4 Verpfändung bzw. Abtretung der Versicherungsleistung

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

9 Beitrag

9.1 Berechnung der Beiträge

(9.1.1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen von ottonova festgelegt. Die Höhe der Beiträge richtet sich insbesondere nach diesen Tarif- und Versicherungsbedingungen und dem erreichten Lebensjahr der versicherten Person. Liegt ein erhöhtes Risiko vor, können Risikozuschläge vereinbart werden.

(9.1.2) Besteht ein Versicherungsverhältnis in bestimmten weiteren Tarifen, so kann ottonova einen Bündelrabatt gewähren. Dieser entfällt jedoch wieder, wenn ein Tarif gekündigt wird, der Voraussetzung für den Bündelrabatt ist.

(9.1.3) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, berücksichtigt ottonova das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte Lebensalter der versicherten Person. Vereinbarte Risikozuschläge werden bei einer Änderung des Beitrages entsprechend angepasst.

9.2 Fälligkeit und Zahlungsweise

(9.2.1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Er ist ab Versicherungsbeginn zum Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag wird durch Lastschriftverfahren von ottonova von einem deutschen Konto eingezogen. Widerruft der Beitragszahler seine hierfür gegebene Einwilligung, so ist der Beitrag auf das von ottonova angegebene deutsche Konto zu zahlen.

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

(9.2.3) Beginnt die Versicherung nicht am Ersten eines Monats oder endet die Versicherung nicht am Letzten eines Monats, ist der betreffende Monatsbeitrag nur anteilig zu zahlen.

9.3 Folgen eines Beitragsrückstandes

Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Wird ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.

10 Beitragsanpassung

10.1 Jährliche Nachkalkulation und Erfordernis der Beitragsanpassung

(10.1.1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen von ottonova z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht ottonova zumindest jährlich für diesen Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen.

(10.1.2) Ergibt die Gegenüberstellung der erforderlichen Versicherungsleistungen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit dieses Tarifs eine Abweichung von mehr als 5%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von ottonova überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des unabhängigen mathematischen Treuhänders angepasst. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch ottonova und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als nur vorübergehend anzusehen ist.

(10.1.3) Ist eine Beitragsanpassung nach den Grundsätzen gemäß Abschnitt 10.1.2 erforderlich, sind vereinbarte Risikozuschläge im Zuge der Beitragsanpassung entsprechend anzupassen.

10.2 Mitteilung und Wirksamwerden der Beitragsanpassung

Ist eine Beitragsanpassung erforderlich, wird ottonova jeden betroffenen Versicherungsnehmer über die Neufestsetzung der Beiträge in Textform informieren. Die Veränderung des Beitrages und die im Zuge der Beitragsanpassung durchgeführten weiteren Veränderungen werden frühestens zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung der Beiträge folgt.

10.3 Außerordentliches Kündigungsrecht bei Erhöhung der Beiträge

Erhöht ottonova die Beiträge nach Abschnitt 10.1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Mitteilung über die Neufestsetzung der Beiträge zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

Falls der Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung der Beiträge länger als zwei Monate nach Zugang der Mitteilung über die Neufestsetzung der Beiträge in der Zukunft liegt, verlängert sich die im letzten Satz genannte Kündigungsfrist bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung.

11 Änderung der Tarif- und Versicherungsbedingungen

11.1 Dauerhafte Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens, können diese Bedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger juristischer Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden frühestens zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

11.2 Ersetzung einer unwirksamen Klausel

Ist eine Bestimmung dieser Bedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie ottonova durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

11.3 Dynamisierung von betragsmäßigen tariflichen Leistungsbegrenzungen

ottonova prüft in regelmäßigen Abständen, ob im Tarif genannte betragsmäßige Begrenzungen einzelner Leistungen im Hinblick auf den medizinischen Fortschritt und die Preisentwicklung noch angemessen sind. Die Versicherungsleistung kann zu Gunsten der Versicherten erhöht werden, wenn es zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

11.4 Außerordentliches Kündigungsrecht bei Änderung der Tarif- und Versicherungsbedingungen

Führt eine Änderung dieser Tarif- und Versicherungsbedingungen nach Abschnitt 11.1 dazu, dass die Leistungen von ottonova vermindert werden, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person kündigen. Die Kündigung muss spätestens zwei Monate nachdem die Änderungsmitteilung zugegangen ist bei ottonova eingehen und ist wirksam, sobald die Leistungsminderung einsetzt.

12 Tarifwechsel

(12.1) Der Versicherungsnehmer kann den Wechsel in andere Zahnzusatztarife von ottonova verlangen, wenn die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit im beantragten Tarif erfüllt. ottonova ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet, wenn das bestehende Versicherungsverhältnis nicht befristet ist.

(12.2) Bei einem Wechsel nach Abschnitt 12.1 bleiben die erworbenen Rechte erhalten. Vereinbarte Risikozuschläge werden entsprechend angepasst.

(12.3) Wenn der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann ottonova bei Vorliegen eines erhöhten Risikos für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbaren oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Der Versicherungsnehmer kann den Risikozuschlag abwenden, indem er stattdessen für die Mehrleistung die Vereinbarung eines Leistungsausschlusses wählt.

13 Versicherungsjahr und Mindestvertragsdauer

13.1 Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind dem Kalenderjahr gleich.

13.2 Mindestvertragsdauer

Das Versicherungsverhältnis wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre.

14 Ende des Versicherungsverhältnisses

14.1 Ende der Versicherung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Wenn für eine versicherte Person die Versicherung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung endet, endet auch die Versicherung nach diesem Tarif für diese Person. Das Ende der Versicherung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung ist ottonova unverzüglich anzuzeigen.

14.2 Tod der versicherten Person

Beim Tod einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis dieser Person.

14.3 Tod des Versicherungsnehmers

Beim Tod des Versicherungsnehmers haben die verbleibenden versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des bisherigen Versicherungsnehmers zu erklären.

15 Kündigung des Versicherungsverhältnisses

15.1 Verzicht auf ordentliche Kündigung durch ottonova

ottonova verzichtet auf ihr ordentliches Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht von ottonova bleiben dabei unberührt.

15.2 Ordentliche Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen, frühestens aber zum Ablauf der Mindestvertragsdauer. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

15.3 Kündigung durch den Versicherungsnehmer bei Erhöhung der Beiträge oder Minderung der Leistungen

Siehe hierzu die Regelungen zum außerordentlichen Kündigungsrecht bei Beitragsanpassung in Abschnitt 10.3 bzw. bei Änderung der Tarif- und Versicherungsbedingungen in Abschnitt 11.4.

15.4 Kündigung durch den Versicherungsnehmer bei vertraglich festgelegter Erhöhung der Beiträge

Erhöht sich der Beitrag bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die betroffene versicherte Person kündigen. Die Kündigung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung rückwirkend zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens erfolgen.

15.5 Kündigung der Versicherung durch den Versicherungsnehmer für eine andere versicherte Person

Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für eine andere versicherte Person, ist die Kündigung nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.

Die versicherte Person hat in diesem Fall das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Letzterer muss innerhalb von zwei Monaten die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses bestätigen.

16 Auskunftspflichten von ottonova

16.1 Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen

ottonova gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die ottonova bei der Prüfung der Leistungspflicht eingeholt hat. Wenn dieser Auskunft an oder dieser 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 von ottonova eingeholt, erstattet ottonova die entstandenen Kosten.

16.2 Leistungszusage

Vor Beginn einer Behandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. ottonova wird die Auskunft innerhalb von zwei Wochen erteilen. ottonova geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens bei ottonova. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch ottonova vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

17 Obliegenheiten und Obliegenheitsverletzungen

17.1 Erteilung von Auskünften

Versicherungsnehmer und versicherte Person haben auf Verlangen von ottonova jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls bzw. des Umfangs der Leistungspflicht von ottonova erforderlich ist. Insbesondere ist auf Verlangen nachzuweisen, ob und in welchem Umfang eine Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung besteht.

17.2 Zahnärztliche oder ärztliche Untersuchung

Auf Verlangen von ottonova ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von ottonova beauftragten Zahnarzt oder Arzt untersuchen zu lassen, wenn ottonova dies zur Feststellung des Versicherungsfalls bzw. des Umfangs der Leistungspflicht als erforderlich erachtet. Die Kosten für die Untersuchung trägt ottonova.

17.3 Schadenminderung

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

17.4 Zustimmung zu anderweitigem Versicherungsschutz

Eine weitere Krankheitskostenversicherung, die auch Leistungen für zahnärztliche Behandlung in Deutschland enthält, darf bei einem anderen privaten Krankenversicherer nur mit Einwilligung von ottonova abgeschlossen werden.

17.5 Folge von Obliegenheitsverletzungen

Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Abschnitt 17.1 bis 17.4 wird ottonova mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Wird die in Abschnitt 17.4 genannte Obliegenheit verletzt, so kann ottonova das Versicherungsverhältnis zudem, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang), innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

17.6 Änderung von Anschrift oder Namen

Änderungen seiner Anschrift oder seines Namens hat der Versicherungsnehmer unverzüglich mitzuteilen. Tut er das nicht, gelten Erklärungen, die ottonova mit eingeschriebenem Brief an die letzte ihr bekannte Anschrift sendet, drei Tage nach Absendung als zugegangen.

18 Obliegenheiten und Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

18.1 Abtretung bei Ansprüchen gegenüber Dritten	Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) zu leisten ist, an ottonova schriftlich abzutreten.
18.2 Pflicht zur Mitwirkung	Versicherungsnehmer und versicherte Person müssen einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht wahren. Dabei müssen sie geltende Form- und Fristvorschriften beachten und ottonova bei der Durchsetzung der Ansprüche, soweit erforderlich, unterstützen.
18.3 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Abschnitt 18.1 bzw. 18.2 wird ottonova mit den in § 86 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, soweit sie infolge der Obliegenheitsverletzung keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann.
18.4 Anspruch auf Rückzahlung gegen den Leistungserbringer	Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die ottonova aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, gelten die Abschnitte 18.1 bis 18.3 entsprechend.

19 Sonstige Bestimmungen

19.1 Erklärungen des Versicherungsnehmers	Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber ottonova bedürfen der Textform.
19.2 Aufrechnung durch den Versicherungsnehmer	Gegen Forderungen von ottonova ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

20 Anwendbares Recht und Gerichtsstand

20.1 Anwendbares Recht	Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
20.2 Klagen des Versicherungsnehmers	Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen ottonova können bei dem Gericht am Sitz von ottonova oder bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers in Deutschland erhoben werden.
20.3 Klagen von ottonova	Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person ist das Gericht des Ortes ausschließlich zuständig, an dem der Versicherungsnehmer

seinen bzw. die versicherte Person ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen bzw. ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat.

20.4 Wohnsitzverlegung und unbekannter Wohnsitz

Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt an einen Ort außerhalb Deutschlands oder ist der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, können Klagen aus dem Versicherungsvertrag nur am Gericht des Sitzes von ottonova erhoben werden.

21 Verjährung

21.1 Verjährungsfrist

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt – ungeachtet der Fälligkeit der Versicherungsleistung nach § 14 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) – mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Versicherungsnehmer von den anspruchsbegründenden Umständen Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit Kenntnis erlangt haben müsste.

21.2 Hemmung der Verjährung

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

Anhang

Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

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

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

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

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

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

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

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 53 Wahltarife

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Prämienzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Die Prämienzahlung darf ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten und wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Die im dritten und vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und den §§ 24 bis 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.

(3) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung zu regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach § 63, § 73b, § 137f oder § 140a teilnehmen, Tarife angeboten werden. Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen.

(4) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Sie kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen. § 13 Abs. 2 Satz 2 und 3 gilt nicht.

(5) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung die Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen regeln, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 von der Versorgung ausgeschlossen sind, und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen.

(6) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Absatz 2 Nummer 2 und 3 genannten Versicherten gemeinsame Tarife sowie Tarife für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen, für die Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch spätestens mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit. Von § 47 kann abgewichen werden. Die Krankenkasse hat entsprechend der Leistungserweiterung Prämienzahlungen des Mitglieds vorzusehen. Die Höhe der Prämienzahlung ist unabhängig von Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko des Mitglieds festzulegen. Die Krankenkasse kann durch Satzungsregelung die Durchführung von Wahlтарifen nach Satz 1 auf eine andere Krankenkasse oder einen Landesverband übertragen. In diesen Fällen erfolgt die Prämienzahlung weiterhin an die übertragende Krankenkasse. Die Rechenschaftslegung erfolgt durch die durchführende Krankenkasse oder den durchführenden Landesverband.

(7) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für bestimmte Mitgliedergruppen, für die sie den Umfang der Leistungen nach Vorschriften dieses Buches beschränkt, der Leistungsbeschränkung entsprechende Prämienzahlung vorsehen.

(8) Die Mindestbindungsfrist beträgt für die Wahlтарife nach den Absätzen 2, 4 und 5 ein Jahr und für die Wahlтарife nach den Absätzen 1 und 6 drei Jahre; für die Wahlтарife nach Absatz 3 gilt keine Mindestbindungsfrist. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 gekündigt werden; § 175 Absatz 4 Satz 5 gilt mit Ausnahme für Mitglieder in Wahlтарifen nach Absatz 6. Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. Die Prämienzahlung an Versicherte darf bis zu 20 vom Hundert, für einen oder mehrere Tarife 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1, jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei einem oder mehreren Tarifen 900 Euro jährlich betragen. Satz 4 gilt nicht für Versicherte, die Teilkostenerstattung nach § 14 gewählt haben. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Absatz 3 wählen.

(9) Die Aufwendungen für jeden Wahlтарif müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahlтарifen auf Dauer finanziert werden. Kalkulatorische Einnahmen, die allein durch das Halten oder die Neugewinnung von Mitgliedern erzielt werden, dürfen dabei nicht berücksichtigt werden; wurden solche Einnahmen bei der Kalkulation von Wahlтарifen berücksichtigt, ist die Kalkulation unverzüglich, spätestens bis zum 31. Dezember 2013 entsprechend umzustellen. Die Krankenkassen haben über die Berechnung nach den Sätzen 1 und 2 der zuständigen Aufsichtsbehörde regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, Rechenschaft abzulegen. Sie haben hierzu ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen über

die wesentlichen versicherungsmathematischen Annahmen, die der Berechnung der Beiträge und der versicherungstechnischen Rückstellungen der Wahltarife zugrunde liegen.

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

(1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

(1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden; die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort. Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Du erhältst in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über die Leistungen und Rahmenbedingungen deiner Versicherung. Bitte beachte, dass diese Übersicht und insbesondere die Aufzählungen nicht abschließend sind. Detaillierte Informationen zur abgeschlossenen Versicherung findest du in den Tarif- und Versicherungsbedingungen, dem Antrag und deinem Versicherungsschein. Bitte lies alle Unterlagen durch, damit du umfassend informiert bist.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Bei dem Tarif ottonova Zahn 70 handelt es sich um eine private Zahnzusatzversicherung, die die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ergänzt. Sie sichert dich gegen das Kostenrisiko bei zahnärztlicher Behandlung ab.



Was ist versichert?

- Aufwendungen für zahnärztliche Behandlung bei Krankheit, Unfallfolgen und anderen im Vertrag genannten Leistungen.
- Leistungen für professionelle Zahnreinigung.
- Leistungen für sonstige Prophylaxe, Kariesrisikodiagnostik sowie Fissurenversiegelung.
- Leistungen bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Gnathologie (Funktionsanalyse und -therapie).
- Zahntechnische Leistungen, Laserbehandlungen, Bildaufnahmen sowie Anästhesieleistungen.



Was ist nicht versichert?

- Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes angeraten, geplant oder begonnen wurden.
- Behandlungen von Verletzungen, die in Ausübung eines Kampf- oder Profisportes entstanden.
- Behandlungen durch Zahnärzte und Ärzte, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben.

Weitere Einzelheiten findest du in den Tarif- und Versicherungsbedingungen ottonova Zahn 70, insbesondere Abschnitt 4.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- Bei Behandlung in Deutschland sind die Leistungen bis zu den Höchstätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.
- In den ersten 48 Monaten sind die Leistungen gemäß der Zahnstaffel begrenzt. Diese entfällt jedoch bei Behandlung aufgrund eines Unfalls, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.
- Die Leistungen für Prophylaxe, professionelle Zahnreinigung, Kariesrisikodiagnostik und Fissurenversiegelung sind auf 70 Euro pro Versicherungsjahr begrenzt.
- Die Leistungen für Zahnersatz und Gnathologie sind bei Behandlung durch einen Zahnarzt mit Zulassung bei der deutschen GKV auf 70% der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen beschränkt.
- Bei Behandlung durch einen Zahnarzt ohne Zulassung bei der deutschen GKV sind die Leistungen für Zahnbehandlung auf 70% und für Zahnersatz auf 40% beschränkt.
- Der Tarif enthält keine Leistungen bei Kieferorthopädie.



Wo bin ich versichert?

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



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Bei Vertragsabschluss ist es sehr wichtig, dass du sämtliche Antragsfragen sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß beantwortest – also nach bestem Wissen und Gewissen. Die Antworten auf unsere Antragsfragen bilden die Grundlage für den Abschluss des Versicherungsvertrages.
- Wenn du bei uns zu einem Versicherungsfall Rechnungen einreichst, kann es sein, dass wir zusätzliche Auskünfte benötigen. Es kann für die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang unserer Leistungspflicht notwendig sein, dass du oder die versicherte Person sich auf unseren Wunsch hin bei einem von uns beauftragten Zahnarzt oder Arzt untersuchen lässt. Du bist verpflichtet, uns alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen oder uns zu ermöglichen, die erforderlichen Informationen selbst einzuholen.
- Zudem musst du uns mitteilen, wenn die Versicherung von dir oder der versicherten Person in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) endet.



Wann und wie zahle ich?

- Dein Beitrag wird von uns jeweils zum Ersten eines Monats per Lastschrift eingezogen.
- Wenn du den Erstbeitrag oder einen Folgebeitrag aus eigenem Verschulden nicht zahlst und auch in der von uns gesetzten Frist den Beitragsrückstand nicht vollständig begleichst, kann das dazu führen, dass wir vom Vertrag zurücktreten oder deine Zahnzusatzversicherung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Sobald wir dir den Versicherungsschein zugestellt haben, ist der Vertrag geschlossen. In deinem Versicherungsschein findest du den genauen Versicherungsbeginn. Versicherungsschutz besteht aber erst dann, wenn der erste Monatsbeitrag beglichen wurde.
- Die Deckung beginnt nach einer allgemeinen Wartezeit von drei Monaten. Für unfallbedingte Behandlungen und Prophylaxe entfällt diese Wartezeit.
- Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet allerdings automatisch, wenn die Versicherung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung endet.
- Der Versicherungsschutz endet – auch bei nicht abgeschlossenen Heilbehandlungen – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Du kannst den Vertrag erstmals zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres kündigen.
- Anschließend ist die Kündigung jeweils zum Ende eines jeden Kalendermonats möglich.
- Außerdem kannst du die Versicherung außerordentlich kündigen, z.B. dann, wenn wir die Beiträge erhöhen müssen oder die Leistungen durch eine Änderung der Tarif- und Versicherungsbedingungen vermindern müssen. In diesem Fall gelten besondere Kündigungsbedingungen.

Weitere Details zur Kündigung findest du in Abschnitt 15 der Tarif- und Versicherungsbedingungen ottonova Zahn 70.



Tarif- und Versicherungsbedingungen ottonova Zahn 70

Ausgabe 03 / 2019

Inhaltsübersicht

1	Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit	1
2	Versicherungsfall, Versicherungsschutz und Erstattungsfähigkeit	1
3	Leistungen	2
4	Leistungsausschlüsse	5
5	Anerkannte Behandelnde und Behandlungen	6
6	Beginn und Ende des Versicherungsschutzes	7
7	Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland	9
8	Auszahlung der Versicherungsleistung	9
9	Beitrag	10
10	Beitragsanpassung	10
11	Änderung der Tarif- und Versicherungsbedingungen	11
12	Tarifwechsel	12
13	Versicherungsjahr und Mindestvertragsdauer	12
14	Ende des Versicherungsverhältnisses	13
15	Kündigung des Versicherungsverhältnisses	13
16	Auskunftspflichten von ottonova	14
17	Obliegenheiten und Obliegenheitsverletzungen	14
18	Obliegenheiten und Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	15
19	Sonstige Bestimmungen	16
20	Anwendbares Recht und Gerichtsstand	16
21	Verjährung	16
Anhang		
	Versicherungsvertragsgesetz (VVG)	17
	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)	18
	Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)	19

Tarif- und Versicherungsbedingungen

ottonova Zahn 70

1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

- 1.1 Aufnahmefähigkeit** Aufnahmefähig sind Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben und nicht bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung versichert sind.
- 1.2 Versicherungsfähigkeit** Versicherungsfähig sind Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).
Wenn die Versicherungsfähigkeit wegfällt, endet die Versicherung nach diesen Tarif- und Versicherungsbedingungen. Siehe hierzu auch Abschnitt 14.1.
-

2 Versicherungsfall, Versicherungsschutz und Erstattungsfähigkeit

- 2.1 Versicherungsfall** Im Versicherungsfall erstattet der Versicherer (die ottonova Krankenversicherung AG, im Folgenden: ottonova) Aufwendungen für zahnärztliche Heilbehandlungen und für weitere nachstehend unter Abschnitt 3 aufgeführte Leistungen, die vom Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung nicht oder nur teilweise umfasst sind.
Der 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 keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.
- 2.2 Umfang des Versicherungsschutzes** Der Umfang des Versicherungsschutzes gemäß diesem Tarif ergibt sich aus
- dem Versicherungsschein,
 - den späteren in Textform festgehaltenen Vereinbarungen,
 - diesen Tarif- und Versicherungsbedingungen und
 - den gesetzlichen Vorschriften.
- 2.3 Rahmen und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes** (2.3.1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen einer ambulanten zahnärztlichen Behandlung nach Abschnitt 3. Diese Behandlungen sind nur von einem nach Abschnitt 5.1 anerkannten Behandelnden erstattungsfähig.

(2.3.2) Erstattungsfähig sind Aufwendungen einer stationären zahnärztlichen Behandlung, wenn die Behandlung aus allgemeinen medizinischen Gründen nicht ambulant durchgeführt werden kann und die gesetzliche Krankenversicherung die allgemeinen Krankenhausleistungen der stationären zahnärztlichen Behandlung trägt. Bei stationärer Behandlung sind wahlärztliche Leistungen sowie belegärztliche Leistungen nach den in Abschnitt 3 genannten Regelungen erstattungsfähig. Ambulant und stationär erbrachte zahnärztliche Leistungen sowie zahntechnische Leistungen werden bei Anwendung der Leistungsstaffel (siehe Abschnitt 3.2) zusammengerechnet.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen und gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer.

(2.3.3) Zahnärztliche Leistungen sind bei Behandlungen in Deutschland bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Zahntechnische Leistungen, die vom Zahnarzt oder einem zahntechnischen Labor erbracht werden, sind in einem angemessenen preislichen Rahmen erstattungsfähig.

(2.3.4) Es besteht weltweiter Versicherungsschutz. Allerdings bleibt ottonova bei Behandlungen im Ausland höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die sie bei einer zahnärztlichen Behandlung in Deutschland zu erbringen hätte.

3 Leistungen



Versicherungsjahr: Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind dem Kalenderjahr gleich (siehe Abschnitt 13.1).

3.1 Prophylaktische Leistungen, Kariesrisikodiagnostik und Fissurenversiegelung

Erstattungsfähig sind prophylaktische Leistungen gemäß den Bestimmungen von Buchstabe B der GOZ (z.B. professionelle Zahnreinigung), Kariesrisikodiagnostik sowie Fissurenversiegelung.

Erstattungssatz:

Die Leistungen sind zu 100% erstattungsfähig, wobei die Vorleistung der GKV in Abzug gebracht wird.

Begrenzung:

Für eine versicherte Person sind Leistungen gemäß Abschnitt 3.1 auf 70 Euro pro Versicherungsjahr begrenzt.

3.2 Zahnstaffel

Die Leistungen für erstattungsfähige Aufwendungen gemäß den folgenden Abschnitten 3.3 bis 3.6 sind in den ersten 48 Monaten nach Versicherungsbeginn begrenzt.

Leistungsstaffel:

Die Leistung von ottonova beträgt

- in den ersten 12 Monaten nach Versicherungsbeginn maximal 800 Euro,
- in den ersten 24 Monaten nach Versicherungsbeginn maximal 1.600 Euro,
- in den ersten 36 Monaten nach Versicherungsbeginn maximal 2.400 Euro,
- in den ersten 48 Monaten nach Versicherungsbeginn maximal 3.200 Euro.

Erfolgt die zahnärztliche Behandlung aufgrund eines Unfalls, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist, entfällt diese Begrenzung. Die in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen werden bei einer späteren, unfallunabhängigen Behandlung nicht auf die vorstehende Leistungsstaffel angerechnet.

Nach Ablauf von 48 Monaten nach Versicherungsbeginn gibt es keine Begrenzungen gemäß der vorherstehenden Leistungsstaffel mehr.

3.3 Zahnbehandlung

(3.3.1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für plastische Füllungen (insbesondere Kunststoff-, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen).

(3.3.2) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Parodontal- und Wurzelbehandlungen, Wurzelkanal-Behandlungen und Wurzelspitzen-Resektionen.

Zur Parodontalbehandlung zählt auch der Einsatz von VECTOR-Technologie, die Schleimhauttransplantation sowie Bakterienanalysen und DNA-Tests.

Zur Wurzelkanalbehandlung zählt auch die elektrometrische Wurzellängenmessung sowie die Behandlung mit dem OP-Mikroskop.

(3.3.3) Erstattungsfähig sind auch die für Leistungen nach 3.3.1 und 3.3.2 notwendigen zahntechnischen Leistungen, Laserbehandlungen inklusive photoaktivierter Chemotherapie, Bildaufnahmen (auch digitale Volumentomographie) und Anästhesieleistungen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen.

Erstattungssatz:

- a) Die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen gemäß 3.3.1 sowie den zugehörigen Leistungen nach 3.3.3 werden zu 100% erstattet. Erbringt die GKV deshalb keine Vorleistung, weil ein Zahnarzt ohne Zulassung bei der deutschen GKV gewählt wurde, sind 70% der Aufwendungen erstattungsfähig.

- b) Erbringt die GKV für eine Behandlung gemäß Abschnitt 3.3.2 eine Vorleistung, werden die nach Vorleistungen der GKV verbleibenden Aufwendungen gemäß 3.3.2 sowie den zugehörigen Leistungen nach 3.3.3 zu 100% erstattet. Erbringt die GKV keine Vorleistung, sind 70% der Aufwendungen erstattungsfähig.



Um den Versicherungsnehmer vor einer unerwartet hohen Selbstbeteiligung zu schützen, wird bei geplanten Behandlungen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.000 Euro die Vorlage eines Heil- und Kostenplans dringend angeraten (siehe Abschnitt 3.6).

3.4 Zahnersatz

Als Versorgung mit Zahnersatz gelten

- prothetische Leistungen (z.B. Teilprothesen, Vollprothesen),
- implantologische Leistungen (z.B. Knochenaufbau, Implantate),
- die Versorgung mit Zahnkronen (z.B. Vollkronen, Teilkronen, Veneers) und
- Einlagefüllungen (z.B. Inlays, Onlays).

Sowohl metallische als auch vollkeramische Versorgungen (z.B. CEREC) sind erstattungsfähig. Wenn für einen Zahn eine metallische Versorgung gewählt wird, sind auch Keramikverblendungen erstattungsfähig. Zur Versorgung mit Zahnersatz zählen auch die hierfür notwendigen zahntechnischen Leistungen, Laserbehandlungen inklusive photoaktivierter Chemotherapie, Bildaufnahmen (auch digitale Volumentomographie) und Anästhesieleistungen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen.

Erstattungssatz:

- b) Die Leistungen sind zu 70% erstattungsfähig, wobei die Vorleistung der GKV in Abzug gebracht wird. Erbringt die GKV keine Vorleistung, weil ein Zahnarzt ohne Zulassung bei der deutschen GKV gewählt wurde, sind 40% der Aufwendungen erstattungsfähig.
- b) Sofern bei einer Zahnersatzmaßnahme ausschließlich die GKV-Regelversorgung von einem Zahnarzt mit GKV-Zulassung durchgeführt wurde, werden die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen zu 100% erstattet.



Um den Versicherungsnehmer vor einer unerwartet hohen Selbstbeteiligung zu schützen, wird bei geplanten Behandlungen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.000 Euro die Vorlage eines Heil- und Kostenplans dringend angeraten (siehe Abschnitt 3.6).

3.5 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (nicht KFO)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, die nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Maßnahme durchgeführt werden. Als funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen gelten auch die hierfür notwendigen zahntechnischen Leistungen, Bildaufnahmen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (auch DROS-Schienen).

Erstattungssatz:

Die Leistungen sind zu 70% erstattungsfähig, wobei die Vorleistung der GKV in Abzug gebracht wird.



Um den Versicherungsnehmer vor einer unerwartet hohen Selbstbeteiligung zu schützen, wird bei geplanten Behandlungen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.000 Euro die Vorlage eines Heil- und Kostenplans dringend angeraten (siehe Abschnitt 3.6).

3.6 Heil- und Kostenplan

Um den Versicherungsnehmer vor einer unerwartet hohen Selbstbeteiligung zu schützen, wird bei geplanten Behandlungen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.000 Euro die Vorlage eines Heil- und Kostenplans dringend angeraten.

Trägt die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für die Erstellung eines Heil- und Kostenplans nicht oder nur teilweise, werden die verbleibenden Kosten zu 100% erstattet. Voraussetzung ist, dass der Heil- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn bei ottonova eingereicht wird.

Nach Erhalt des Heil- und Kostenplanes wird dieser unverzüglich von ottonova geprüft und dem Versicherungsnehmer Auskunft darüber erteilt, welche Erstattung und Selbstbeteiligung zu erwarten sind.

3.7 Gewählter Selbstbehalt und Vorleistung der GKV

Als Erstattungsvoraussetzung für Leistungen gemäß den Abschnitten 3.3, 3.4 und 3.6 ist stets der Nachweis über die Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen. Ein nach § 53 SGB V (siehe Anhang) von der gesetzlichen Krankenversicherung abgezogener Selbstbehalt gilt als Vorleistung der GKV.

4 Leistungsausschlüsse

4.1 Keine Leistungspflicht besteht

- für Behandlungen, die vor dem Versicherungsbeginn angeraten, geplant oder begonnen wurden.
- für Behandlungen von Verletzungen und deren Folgen, die sich die versicherte Person in Ausübung eines Kampfsportes zugezogen hat.
- für Behandlungen von Verletzungen und deren Folgen, die sich die versicherte Person in Ausübung einer Sportart zugezogen hat, die sie berufsmäßig ausübt (Profisport). Eine Sportart gilt

im Sinne dieser Bedingungen als berufsmäßig ausgeübt, sofern mindestens 50% des beruflichen Einkommens direkt oder indirekt aus ihrer Ausübung erzielt werden.

- bei Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. (Nachgewiesene Sachkosten werden gemäß diesen Tarif- und Versicherungsbedingungen erstattet.)
- bei von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten oder Unfällen einschließlich deren Folgen.
- bei Krankheiten und Unfällen, die durch Kriegsereignisse in Deutschland verursacht werden.
- bei Krankheiten und Unfällen, die durch Kriegs- oder Terrorereignisse im Ausland verursacht werden, wenn:
 - a) das Auswärtige Amt vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung für den ausländischen Aufenthaltsort ausgesprochen hat oder
 - b) das Auswärtige Amt nach Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung für den ausländischen Aufenthaltsort ausspricht und die versicherte Person, ohne durch Gefahr für Leib und Leben daran gehindert zu sein, von der Möglichkeit, das Krisengebiet zu verlassen, keinen Gebrauch macht.
- bei Krankheiten und Unfällen, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind.

4.2 Subsidiaritätsklausel

Hat die versicherte Person einen Anspruch gegen einen anderen Erstattungsverpflichteten, so geht dieser Anspruch dem Anspruch gegenüber ottonova vor.

4.3 Übermaßbehandlung

Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann ottonova ihre Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

4.4 Missverhältnis

Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist ottonova insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

4.5 Bereicherungsverbot

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

5 Anerkannte Behandelnde und Behandlungen

5.1 Anerkannte Behandelnde

Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Die versicherte Person kann auch Behandlungen durch approbierte Ärzte und Zahnärzte in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) oder in Krankenhaus- und Notfallambulanzen in Anspruch nehmen.

5.2 Anerkannte Krankenhäuser

Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen durch Behandelnde, deren Rechnungen ottonova aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer vor Behandlungsbeginn über den Ausschluss des Behandelnden von der Erstattung benachrichtigt worden ist. Erfolgt die Benachrichtigung erst nach Beginn der Behandlung, werden Aufwendungen, die später als drei Monate nach der Benachrichtigung entstehen, nicht mehr erstattet.

Bei einer stationär notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter allen Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen in Krankenhäusern, deren Rechnungen ottonova aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer vor Beginn der stationären Behandlung über den Ausschluss des Krankenhauses von der Erstattung benachrichtigt worden ist. Erfolgt die Benachrichtigung erst nach Beginn der stationären Behandlung, werden Aufwendungen, die später als drei Monate nach der Benachrichtigung entstehen, nicht mehr erstattet.

5.3 Anerkannte Behandlungen und Therapien

(5.3.1) ottonova leistet im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Es wird darüber hinaus für Methoden geleistet, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben. In diesem Fall kann ottonova jedoch ihre Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden angefallen wäre.

(5.3.2) Sofern schulmedizinische Methoden nicht zur Verfügung stehen, leistet ottonova auch für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin nicht überwiegend anerkannt sind.

6 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

6.1 Wartezeiten



Während der Wartezeit können nur unfallbedingte Leistungen in Anspruch genommen werden. Die Wartezeiten gelten ab Beginn des Versicherungsschutzes.

(6.1.1) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Erfolgt die Behandlung aufgrund eines Unfalls, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist, gilt die allgemeine Wartezeit nicht.

(6.1.2) Für Leistungen gemäß Abschnitt 3.1 gelten keine Wartezeiten.

(6.1.3) Bei einem Wechsel in einen Zahnzusatztarif mit höheren Leistungen gelten die Wartezeiten nur für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

6.2 Beginn des Versicherungsschutzes

(6.2.1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer Annahmeerklärung in Textform).

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

(6.2.2) Bei Vertragsänderungen gelten die Bestimmungen aus Abschnitt 6.2.1 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

6.3 Ende des Versicherungsschutzes

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

6.4 Kindernachversicherung

(6.4.1) Für Neugeborene beginnt der Versicherungsschutz mit der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate bei ottonova versichert ist oder der Vertragsschluss eines Elternteils vor Beginn der 21. Schwangerschaftswoche erfolgt. Die Anmeldung zur Versicherung muss dabei spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgen.

(6.4.2) Bei einer fristgerechten Anmeldung nach Abschnitt 6.4.1 beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung und ohne Zahnstaffel ab dem Tage der Geburt. Der Versicherungsschutz darf allerdings nicht höher oder umfassender als der des für die Kindernachversicherung maßgeblichen Elternteils sein.

(6.4.3) Die Adoption steht der Geburt eines Kindes gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption minderjährig ist. Besteht eine höhere Gefahr, ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags höchstens bis zur einfachen Prämienhöhe zulässig. Die Regelungen aus den Abschnitten 6.4.1 und 6.4.2 Satz 1 und 2 gelten entsprechend, Leistungseinschränkungen sind in diesen Fällen ebenfalls ausgeschlossen.

6.5 Kindermitversicherung

Kinder können bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres ohne Risikoprüfung in diesem Tarif mitversichert werden. Voraussetzung ist, dass ein Elternteil bei ottonova mindestens zwölf Monate in diesem Tarif oder in der Krankheitskostenvollversicherung versichert ist.

7 Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland, wird die Versicherung unter Berücksichtigung der Begrenzung aus Abschnitt 2.3.4 ohne besondere Vereinbarung fortgeführt, wenn die versicherte Person weiterhin in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Andernfalls endet die Versicherung nach Abschnitt 14.1.

8 Auszahlung der Versicherungsleistung

8.1 Zeitliche Zurechnung der vom Versicherungsschutz umfassten Leistungen

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

8.2 Fälligkeit der Versicherungsleistung

Geldleistungen werden fällig, sobald der Versicherungsfall und der Umfang der Leistungen durch ottonova festgestellt wurde.

ottonova ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihr geforderten Nachweise erbracht sind. Die Nachweise können ottonova sowohl elektronisch übermittelt als auch im Original vorgelegt werden. Die Nachweise werden Eigentum von ottonova.

Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen von ottonova aus § 14 VVG (siehe Anhang).

8.3 Auszahlung der Versicherungsleistung

(8.3.1) Der Anspruch auf Auszahlung der Versicherungsleistungen steht grundsätzlich dem Versicherungsnehmer zu. Der Versicherungsnehmer kann auch eine versicherte Person in Textform als empfangsberechtigt für ihre Versicherungsleistungen benennen. ottonova ist dann verpflichtet, entsprechend dieser Empfangsberechtigung ausschließlich an diese zu leisten.

(8.3.2) Sind erstattungsfähige Behandlungskosten im Ausland in einer anderen Währung als Euro entstanden, so werden die jeweiligen Beträge zum Kurs der Europäischen Zentralbank des Tages, an dem die Belege bei ottonova eingehen, in Euro umgerechnet.

(8.3.3) Die Überweisung der Versicherungsleistung erfolgt kostenfrei auf ein vom Versicherungsnehmer benanntes Konto in Deutschland. ottonova ist berechtigt, Kosten für die Übersetzung von in ausländischer Sprache eingereichten Nachweisen mit den Versicherungsleistungen zu verrechnen.

8.4 Verpfändung bzw. Abtretung der Versicherungsleistung

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

9 Beitrag

9.1 Berechnung der Beiträge

(9.1.1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen von ottonova festgelegt. Die Höhe der Beiträge richtet sich insbesondere nach diesen Tarif- und Versicherungsbedingungen und dem erreichten Lebensjahr der versicherten Person. Liegt ein erhöhtes Risiko vor, können Risikozuschläge vereinbart werden.

(9.1.2) Besteht ein Versicherungsverhältnis in bestimmten weiteren Tarifen, so kann ottonova einen Bündelrabatt gewähren. Dieser entfällt jedoch wieder, wenn ein Tarif gekündigt wird, der Voraussetzung für den Bündelrabatt ist.

(9.1.3) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, berücksichtigt ottonova das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte Lebensalter der versicherten Person. Vereinbarte Risikozuschläge werden bei einer Änderung des Beitrages entsprechend angepasst.

9.2 Fälligkeit und Zahlungsweise

(9.2.1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Er ist ab Versicherungsbeginn zum Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag wird durch Lastschriftverfahren von ottonova von einem deutschen Konto eingezogen. Widerruft der Beitragszahler seine hierfür gegebene Einwilligung, so ist der Beitrag auf das von ottonova angegebene deutsche Konto zu zahlen.

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

(9.2.3) Beginnt die Versicherung nicht am Ersten eines Monats oder endet die Versicherung nicht am Letzten eines Monats, ist der betreffende Monatsbeitrag nur anteilig zu zahlen.

9.3 Folgen eines Beitragsrückstandes

Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Wird ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.

10 Beitragsanpassung

10.1 Jährliche Nachkalkulation und Erfordernis der Beitragsanpassung

(10.1.1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen von ottonova z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht ottonova

zumindest jährlich für diesen Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen.

(10.1.2) Ergibt die Gegenüberstellung der erforderlichen Versicherungsleistungen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit dieses Tarifs eine Abweichung von mehr als 5%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von ottonova überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des unabhängigen mathematischen Treuhänders angepasst. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch ottonova und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als nur vorübergehend anzusehen ist.

(10.1.3) Ist eine Beitragsanpassung nach den Grundsätzen gemäß Abschnitt 10.1.2 erforderlich, sind vereinbarte Risikozuschläge im Zuge der Beitragsanpassung entsprechend anzupassen.

10.2 Mitteilung und Wirksamwerden der Beitragsanpassung

Ist eine Beitragsanpassung erforderlich, wird ottonova jeden betroffenen Versicherungsnehmer über die Neufestsetzung der Beiträge in Textform informieren. Die Veränderung des Beitrages und die im Zuge der Beitragsanpassung durchgeführten weiteren Veränderungen werden frühestens zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung der Beiträge folgt.

10.3 Außerordentliches Kündigungsrecht bei Erhöhung der Beiträge

Erhöht ottonova die Beiträge nach Abschnitt 10.1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Mitteilung über die Neufestsetzung der Beiträge zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

Falls der Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung der Beiträge länger als zwei Monate nach Zugang der Mitteilung über die Neufestsetzung der Beiträge in der Zukunft liegt, verlängert sich die im letzten Satz genannte Kündigungsfrist bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung.

11 Änderung der Tarif- und Versicherungsbedingungen

11.1 Dauerhafte Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens, können diese Bedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger juristischer Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden frühestens zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

11.2 Ersetzung einer unwirksamen Klausel

Ist eine Bestimmung dieser Bedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie von ottonova durch eine neue Regelung ersetzt werden, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

11.3 Dynamisierung von betragsmäßigen tariflichen Leistungsbegrenzungen

ottonova prüft in regelmäßigen Abständen, ob im Tarif genannte betragsmäßige Begrenzungen einzelner Leistungen im Hinblick auf den medizinischen Fortschritt und die Preisentwicklung noch angemessen sind. Die Versicherungsleistung kann zu Gunsten der Versicherten erhöht werden, wenn es zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

11.4 Außerordentliches Kündigungsrecht bei Änderung der Tarif- und Versicherungsbedingungen

Führt eine Änderung dieser Tarif- und Versicherungsbedingungen nach Abschnitt 11.1 dazu, dass die Leistungen von ottonova vermindert werden, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person kündigen. Die Kündigung muss spätestens zwei Monate nachdem die Änderungsmitteilung zugegangen ist bei ottonova eingehen und ist wirksam, sobald die Leistungsminderung einsetzt.

12 Tarifwechsel

(12.1) Der Versicherungsnehmer kann den Wechsel in andere Zahnzusatztarife von ottonova verlangen, wenn die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit im beantragten Tarif erfüllt. ottonova ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet, wenn das bestehende Versicherungsverhältnis nicht befristet ist.

(12.2) Bei einem Wechsel nach Abschnitt 12.1 bleiben die erworbenen Rechte erhalten. Vereinbarte Risikozuschläge werden entsprechend angepasst.

(12.3) Wenn der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann ottonova bei Vorliegen eines erhöhten Risikos für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbaren oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Der Versicherungsnehmer kann den Risikozuschlag abwenden, indem er stattdessen für die Mehrleistung die Vereinbarung eines Leistungsausschlusses wählt.

13 Versicherungsjahr und Mindestvertragsdauer

13.1 Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des

betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind dem Kalenderjahr gleich.

13.2 Mindestvertragsdauer

Das Versicherungsverhältnis wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre.

14 Ende des Versicherungsverhältnisses

14.1 Ende der Versicherung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Wenn für eine versicherte Person die Versicherung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung endet, endet auch die Versicherung nach diesem Tarif für diese Person. Das Ende der Versicherung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung ist ottonova unverzüglich anzuzeigen.

14.2 Tod der versicherten Person

Beim Tod einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis dieser Person.

14.3 Tod des Versicherungsnehmers

Beim Tod des Versicherungsnehmers haben die verbleibenden versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des bisherigen Versicherungsnehmers zu erklären.

15 Kündigung des Versicherungsverhältnisses

15.1 Verzicht auf ordentliche Kündigung durch ottonova

ottonova verzichtet auf ihr ordentliches Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht von ottonova bleiben dabei unberührt.

15.2 Ordentliche Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen, frühestens aber zum Ablauf der Mindestvertragsdauer. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

15.3 Kündigung durch den Versicherungsnehmer bei Erhöhung der Beiträge oder Minderung der Leistungen

Siehe hierzu die Regelungen zum außerordentlichen Kündigungsrecht bei Beitragsanpassung in Abschnitt 10.3 bzw. bei Änderung der Tarif- und Versicherungsbedingungen in Abschnitt 11.4.

15.4 Kündigung durch den Versicherungsnehmer bei vertraglich festgelegter Erhöhung der Beiträge

Erhöht sich der Beitrag bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die betroffene versicherte Person kündigen. Die Kündigung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung rückwirkend zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens erfolgen.

15.5 Kündigung der Versicherung durch den Versicherungsnehmer für eine andere versicherte Person

Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für eine andere versicherte Person, ist die Kündigung nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.

Die versicherte Person hat in diesem Fall das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Letzterer muss innerhalb von zwei Monaten die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses bestätigen.

16 Auskunftspflichten von ottonova

16.1 Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen

ottonova gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die ottonova bei der Prüfung der Leistungspflicht eingeholt hat. Wenn dieser Auskunft an oder dieser 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 von ottonova eingeholt, erstattet ottonova die entstandenen Kosten.

16.2 Leistungszusage

Vor Beginn einer Behandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. ottonova wird die Auskunft innerhalb von zwei Wochen erteilen. ottonova geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens bei ottonova. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch ottonova vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

17 Obliegenheiten und Obliegenheitsverletzungen

17.1 Erteilung von Auskünften

Versicherungsnehmer und versicherte Person haben auf Verlangen von ottonova jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls bzw. des Umfangs der Leistungspflicht von ottonova erforderlich ist. Insbesondere ist auf Verlangen nachzuweisen, ob und in welchem Umfang eine Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung besteht.

17.2 Zahnärztliche oder ärztliche Untersuchung

Auf Verlangen von ottonova ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von ottonova beauftragten Zahnarzt oder Arzt untersuchen zu lassen, wenn ottonova dies zur Feststellung des Versicherungsfalls bzw. des Umfangs der Leistungspflicht als erforderlich erachtet. Die Kosten für die Untersuchung trägt ottonova.

17.3 Schadenminderung	Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
17.4 Zustimmung zu anderweitigem Versicherungsschutz	Eine weitere Krankheitskostenversicherung, die auch Leistungen für zahnärztliche Behandlung in Deutschland enthält, darf bei einem anderen privaten Krankenversicherer nur mit Einwilligung von ottonova abgeschlossen werden.
17.5 Folge von Obliegenheitsverletzungen	Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Abschnitt 17.1 bis 17.4 wird ottonova mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei. Wird die in Abschnitt 17.4 genannte Obliegenheit verletzt, so kann ottonova das Versicherungsverhältnis zudem, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang), innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
17.6 Änderung von Anschrift oder Namen	Änderungen seiner Anschrift oder seines Namens hat der Versicherungsnehmer unverzüglich mitzuteilen. Tut er das nicht, gelten Erklärungen, die ottonova mit eingeschriebenem Brief an die letzte ihr bekannte Anschrift sendet, drei Tage nach Absendung als zugegangen.

18 Obliegenheiten und Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

18.1 Abtretung bei Ansprüchen gegenüber Dritten	Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) zu leisten ist, an ottonova schriftlich abzutreten.
18.2 Pflicht zur Mitwirkung	Versicherungsnehmer und versicherte Person müssen einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht wahren. Dabei müssen sie geltende Form- und Fristvorschriften beachten und ottonova bei der Durchsetzung der Ansprüche, soweit erforderlich, unterstützen.
18.3 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Abschnitt 18.1 bzw. 18.2 wird ottonova mit den in § 86 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, soweit sie infolge der Obliegenheitsverletzung keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann.
18.4 Anspruch auf Rückzahlung gegen den Leistungserbringer	Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die ottonova aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, gelten die Abschnitte 18.1 bis 18.3 entsprechend.

19 Sonstige Bestimmungen

19.1 Erklärungen des Versicherungsnehmers	Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber ottonova bedürfen der Textform.
19.2 Aufrechnung durch den Versicherungsnehmer	Gegen Forderungen von ottonova ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

20 Anwendbares Recht und Gerichtsstand

20.1 Anwendbares Recht	Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
20.2 Klagen des Versicherungsnehmers	Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen ottonova können bei dem Gericht am Sitz von ottonova oder bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers in Deutschland erhoben werden.
20.3 Klagen von ottonova	Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person ist das Gericht des Ortes ausschließlich zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen bzw. die versicherte Person ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen bzw. ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat.
20.4 Wohnsitzverlegung und unbekannter Wohnsitz	Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt an einen Ort außerhalb Deutschlands oder ist der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, können Klagen aus dem Versicherungsvertrag nur am Gericht des Sitzes von ottonova erhoben werden.

21 Verjährung

21.1 Verjährungsfrist	Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt – ungeachtet der Fälligkeit der Versicherungsleistung nach § 14 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) – mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Versicherungsnehmer von den anspruchsbegründenden Umständen Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit Kenntnis erlangt haben müsste.
21.2 Hemmung der Verjährung	Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei ottonova angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung von ottonova dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

Anhang

Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

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

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

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

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

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

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

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 53 Wahltarife

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Prämienzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Die Prämienzahlung darf ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten und wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Die im dritten und vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und den §§ 24 bis 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.

(3) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung zu regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach § 63, § 73b, § 137f oder § 140a teilnehmen, Tarife angeboten werden. Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen.

(4) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Sie kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen. § 13 Abs. 2 Satz 2 und 3 gilt nicht.

(5) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung die Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen regeln, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 von der Versorgung ausgeschlossen sind, und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen.

(6) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Absatz 2 Nummer 2 und 3 genannten Versicherten gemeinsame Tarife sowie Tarife für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen, für die Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch spätestens mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit. Von § 47 kann abgewichen werden. Die Krankenkasse hat entsprechend der Leistungserweiterung Prämienzahlungen des Mitglieds vorzusehen. Die Höhe der Prämienzahlung ist unabhängig von Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko des Mitglieds festzulegen. Die Krankenkasse kann durch Satzungsregelung die Durchführung von Wahlтарifen nach Satz 1 auf eine andere Krankenkasse oder einen Landesverband übertragen. In diesen Fällen erfolgt die Prämienzahlung weiterhin an die übertragende Krankenkasse. Die Rechenschaftslegung erfolgt durch die durchführende Krankenkasse oder den durchführenden Landesverband.

(7) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für bestimmte Mitgliedergruppen, für die sie den Umfang der Leistungen nach Vorschriften dieses Buches beschränkt, der Leistungsbeschränkung entsprechende Prämienzahlung vorsehen.

(8) Die Mindestbindungsfrist beträgt für die Wahlтарife nach den Absätzen 2, 4 und 5 ein Jahr und für die Wahlтарife nach den Absätzen 1 und 6 drei Jahre; für die Wahlтарife nach Absatz 3 gilt keine Mindestbindungsfrist. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 gekündigt werden; § 175 Absatz 4 Satz 5 gilt mit Ausnahme für Mitglieder in Wahlтарifen nach Absatz 6. Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. Die Prämienzahlung an Versicherte darf bis zu 20 vom Hundert, für einen oder mehrere Tarife 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1, jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei einem oder mehreren Tarifen 900 Euro jährlich betragen. Satz 4 gilt nicht für Versicherte, die Teilkostenerstattung nach § 14 gewählt haben. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Absatz 3 wählen.

(9) Die Aufwendungen für jeden Wahlтарif müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahlтарifen auf Dauer finanziert werden. Kalkulatorische Einnahmen, die allein durch das Halten oder die Neugewinnung von Mitgliedern erzielt werden, dürfen dabei nicht berücksichtigt werden; wurden solche Einnahmen bei der Kalkulation von Wahlтарifen berücksichtigt, ist die Kalkulation unverzüglich, spätestens bis zum 31. Dezember 2013 entsprechend umzustellen. Die Krankenkassen haben über die Berechnung nach den Sätzen 1 und 2 der zuständigen Aufsichtsbehörde regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, Rechenschaft abzulegen. Sie haben hierzu ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen über

die wesentlichen versicherungsmathematischen Annahmen, die der Berechnung der Beiträge und der versicherungstechnischen Rückstellungen der Wahltarife zugrunde liegen.

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

(1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

(1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden; die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort. Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.