



ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN ZUR ZAHNZUSATZVERSICHERUNG “Cigna Dent”

INHALTSVERZEICHNIS

- Allgemeine Versicherungsbedingungen zur Zahnzusatzversicherung “Cigna Dent”
- Angaben zur Laufzeit und Beendigung des Vertrages
- Widerrufsbelehrung
- Definitionen
- Versicherungsbedingungen

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN ZUR ZAHNZUSATZVERSICHERUNG “Cigna Dent”

Ihre Zahnzusatzversicherung besteht aus den vorliegenden Versicherungsbedingungen, dem Versicherungsschein, dem Produktinformationsblatt und allen weiteren beigefügten Unterlagen sowie Nachträgen. Der Versicherungsvertrag kommt zwischen Ihnen als Antragsteller (Versicherungsnehmer) und Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V. („Cigna“) zustande. Sie und die von Ihnen angegebenen weiteren Personen werden von uns versichert, sobald Ihr Antrag auf Versicherungsschutz von Cigna angenommen wurde. Die von Ihnen bei Antragstellung gemachten Angaben einschließlich aller zusätzlich angeforderten Stellungnahmen, Zusicherungen und Fragebögen oder sonstigen Erklärungen werden Grundlage des vorliegenden Versicherungsvertrags. Der Versicherungsschein und das Produktinformationsblatt, die Bestandteile dieses Vertrags sind, weisen die von Ihnen gewählte Deckung und die maximale von Cigna zu zahlende Versicherungssumme aus. Cigna verpflichtet sich, Versicherungsleistungen in Übereinstimmung mit den in diesem Versicherungsvertrag enthaltenen Bedingungen, Ausschlüssen, Definitionen und sonstigen Vereinbarungen auszuführen. Die vorliegenden Bestimmungen und Bedingungen, das Produktinformationsblatt, alle beigefügten Unterlagen sowie alle eventuellen Nachträge bilden eine Einheit. Bitte lesen Sie die Unterlagen sorgfältig und überprüfen Sie, ob der von Ihnen gewünschte Versicherungsschutz gewährleistet wird.

Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschreiben die Rechte und Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag. Cigna empfiehlt, diese gründlich zu studieren. Sie sollten zusammen mit dem jeweils gültigen Produktinformationsblatt und dem Versicherungsschein gelesen werden. Falls Sie irgendeinen Teil des Versicherungsvertrages nicht vollständig verstehen, steht Ihnen Cigna für Rückfragen gerne zur Verfügung.

I) Allgemeiner Teil

1. Gegenstand und Parteien der Versicherung

1.1 Versicherungsnehmer und versicherte Person

Versicherungsnehmer und Prämienschuldner ist der Antragssteller, wie er im Antrag und dem Versicherungsschein aufgeführt ist.

Der Versicherungsschutz aus dem Versicherungsvertrag umfasst auch die Angehörigen (s. Definitionen) des Versicherungsnehmers, soweit diese im Versicherungsschein namentlich genannt werden. Soweit nicht anderweitig geregelt, beginnt der Versicherungsschutz aus dem Versicherungsvertrag für die Angehörigen an dem Tag, an dem auch die Deckung für den Versicherten beginnt.

1.2 Versicherer

Risikoträger und Ihr Vertragspartner ist die Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., (Handelsregisternummer 0421.437.284; gesetzlich vertreten durch den Vorstand, Alastair Watt). Die Gesellschaft hat ihren Geschäftssitz in 52 Avenue de Cortenbergh, 1000 – Brüssel, Belgien.

Die Hauptgeschäftstätigkeit der Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V. ist das Betreiben des Lebens-, Unfall- und Krankenzusatzversicherungsgeschäfts.

Ein Garantiefonds oder eine vergleichbare Einrichtung besteht nicht.

1.3 Versicherbare Personen

Je versicherter Person kann nur eine Zahnzusatzversicherung mit Cigna abgeschlossen werden.

Der Versicherungsnehmer (und mitversicherte Partner) dürfen zum Versicherungsbeginn das Höchsteintrittsalter von 70 Jahren noch nicht erreicht haben. Ein unverheiratetes Kind des Versicherten ist nur versicherbar, wenn es das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Zu den weiteren Voraussetzungen für die Mitversicherung von Angehörigen siehe die Definition "Angehöriger" unter Ziffer II. a).

2. Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten

2.1 Umfang der Anzeigepflicht

Sie sind verpflichtet, alle vor Vertragsschluss gestellten Fragen, die sich auf gefahrerhebliche Umstände beziehen und nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Gefahrerhebliche Umstände sind solche, die geeignet sind, Einfluss auf Cignas Entscheidung, den Versicherungsvertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, auszuüben. Diese Pflicht gilt auch für etwaige Angaben einer versicherten Person, wenn diese mit dem Antragsteller nicht identisch ist.

2.2 Rücktrittsrecht

Wenn solche in Ziffer 2.1 genannten Umstände von Ihnen oder der versicherten Person nicht oder nicht richtig bzw. vollständig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, 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. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

2.3 Kündigung

Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

2.4 Vertragsanpassung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen hin ab dem laufenden Versicherungsjahr Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung die Prämie um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherungsnehmers fristlos in Schriftform kündigen.

2.5 Ausübung dieser Rechte

Wir müssen die uns nach Ziff. 2.2, 2.3 und 2.4 zustehenden Rechte 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. Im Falle der Wahrnehmung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen; wir dürfen nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung abgeben, wenn für diese die Monatsfrist nicht verstrichen ist.

Uns stehen die Rechte nach den Ziff. 2.2, 2.3 und 2.4 nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir können uns auf die in den Ziff. 2.2, 2.3 und 2.4 genannten Rechte

nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

3. Prämie

3.1 Prämienzahlung

Die von Ihnen monatlich zu entrichtende Prämie ist im Versicherungsschein aufgeführt.

Die erste Prämie wird mit Versicherungsbeginn fällig; das Datum des Versicherungsbeginns entnehmen Sie bitte dem im Versicherungsschein.

Die Prämie ist für jeden Monat jeweils zum Datum der Prämienfälligkeit (derjenige Tag eines jeden Monats, der dem Tag des Versicherungsbeginns entspricht; vgl. unten II., "Definitionen") in Euro zu zahlen.

Die monatliche Prämie wird bei Fälligkeit von dem von Ihnen benannten Konto eingezogen.

3.2 Was passiert, wenn Sie die fälligen Prämien nicht zahlen?

Wird die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt bzw. ist uns ein Einzug der Prämie von dem von Ihnen benannten Konto nicht möglich, sind wir gemäß § 37 VVG, solange die erste Prämie nicht beglichen ist, berechtigt, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nicht, wenn Sie die Nichtzahlung der Prämie nicht zu vertreten haben.

Ist die erste Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, so sind wir im Versicherungsfall von der Verpflichtung zur Leistung befreit, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt bzw. ist uns ein Einzug der Prämie von dem von Ihnen benannten Konto nicht möglich, werden wir Ihnen gemäß § 38 VVG auf Ihre Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von zwei Wochen setzen, in der die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert werden. Nach Ablauf dieser Zahlungsfrist kann Cigna das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer weiteren Frist kündigen, sofern Sie sich zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug befinden. Die Kündigung kann auch bereits mit der Fristsetzung verbunden werden.

Sollten Sie diese Zahlungsfrist nicht einhalten, sind wir im Versicherungsfall von der Verpflichtung zur Leistung befreit, sofern Sie sich zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug befinden.

3.3 Was geschieht mit nicht verwendeten, aber gezahlten Prämien, wenn der Versicherungsschutz endet?

Sollten Sie eine Prämie für einen Zeitraum gezahlt haben, für den kein Versicherungsschutz (mehr) besteht, werden wir Ihnen die anteilige Prämie erstatten, es sei denn, der Versicherungsschutz endet aufgrund der Zahlung einer Versicherungsleistung. Im Übrigen gelten die gesetzlichen Vorschriften (insbes. § 39 VVG).

Sollten Sie Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen wie in nachstehender Widerrufsbelehrung ausgeführt widerrufen, werden wir Ihnen etwaige zuvor gezahlte Prämien voll erstatten.

Sollten zum Zeitpunkt der Beendigung des Versicherungsschutzes noch Prämienzahlungen ausstehen, bleiben Sie zur Zahlung verpflichtet.

4. Gültigkeitsdauer der Informationen

Die in den Versicherungsunterlagen zur Verfügung gestellten Informationen, insbesondere auch bezüglich der Höhe der Prämien, geben den aktuellen Stand wieder und gelten während der gesamten Vertragsdauer. Sie unterliegen bis auf Widerruf keiner Befristung.

5. Anpassung der Prämie

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen (um mindestens 5%) und der daraus errechneten Prämie, sind wir berechtigt, die Prämie entsprechend den berechtigten Berechnungsgrundlagen neu festzusetzen, sofern dies erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten.

Die Änderungen werden zu Beginn des 2. Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung an Sie folgt. Ihnen steht ein außerordentliches Kündigungsrecht im Falle der Prämienanpassung zu. Näheres hierzu regelt § 40 VVG.

6. Übertragung, Abtretung, Verpfändung

Die Übertragung dieses Versicherungsvertrages auf Dritte oder die Abtretung oder Verpfändung von Versicherungsansprüchen an Dritte ist unzulässig.

7. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen uns gegenüber bedürfen der Textform.

8. Korrespondenzadresse im Leistungsfall:

Die Leistungsbearbeitung wird durchgeführt durch die

Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V.
Kundenservice
Friedrich-Ebert-Anlage 36
60325 Frankfurt
Tel. 0800 2141-600 / Fax 0800 2141-601

Sämtlicher Schriftverkehr, Willenserklärungen und Prämienzahlungen sind direkt an Cigna zu richten.

Die Vertragsbedingungen und Vertragsinformationen werden in deutscher Sprache mitgeteilt, die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages wird in deutscher Sprache, ausschließlich an die vorliegende Adresse der hauptversicherten Person, geführt.

9. Empfänger der Versicherungsleistung

Zahlungen von Versicherungsleistungen erfolgen an den Versicherungsnehmer bzw. den jeweiligen Versicherten.

10. Was ist im Leistungsfall zu beachten (Obliegenheiten)?

10.1 Vorgehensweise bei Ansprüchen aus diesem Vertrag

Gemäß § 30 VVG müssen Sie uns den Eintritt des Versicherungsfalles unverzüglich anzeigen. Sollten Sie diese Verpflichtung verletzen, sind wir nach Maßgabe von Ziff. 10.2 nicht zur Leistung verpflichtet.

Bei Anspruchserhebung sind uns die erforderlichen medizinischen Nachweise, sonstigen Dokumente und sachdienlichen Nachweise (insbesondere Rechnungen) zu übersenden. Aus den Unterlagen müssen der Vor- und Nachname der behandelten Person, die Behandlungsdaten und die im Einzelnen durchgeführten Leistungen ersichtlich sein. In der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehene Leistungen sowie Erstattungsansprüche gegen Dritte sind in Anspruch zu nehmen. Sollten Sie diese Verpflichtung verletzen, sind wir nach Maßgabe von Ziffer 10.2 nicht zur Leistung verpflichtet.

Eine Entschädigung für die Übersendung und Anfertigung dieser Unterlagen wird von Cigna nicht erbracht. Wir können – dann allerdings auf unsere Kosten – außerdem weitere notwendige Nachweise verlangen.

Sie sind zudem verpflichtet, den Heil- und Kostenplan des Behandlers zur durchgeführten zahnärztlichen Behandlung in Kopie, mit dem Erstattungsvermerk der gesetzlichen Krankenkasse, einzureichen. Sollten die im Heil- und Kostenplan veranschlagten Behandlungskosten voraussichtlich die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorgegebenen Gebühren um mehr als den Faktor 3,5 überschreiten, ist vor Beginn der Behandlung die Genehmigung von Cigna unter Vorlage des Heil- und Kostenplanes einzuholen. Das gilt nicht für die professionelle Zahnreinigung, die Sie einmal jährlich ohne Vorlage eines GKV Heil- und Kostenplanes in Anspruch nehmen können.

Darüber hinaus sind Sie, wie auch die versicherte Person, gemäß § 31 VVG verpflichtet, auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die für die Feststellung des Versicherungsfalles, unsere Leistungspflicht und deren Umfang erforderlich ist. Auf unser Verlangen haben Sie und/oder die versicherte Person ihre Zahnärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und sich durch einen von uns beauftragten Zahnarzt untersuchen zu lassen. Sie haben Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, in denen Sie zur Behandlung waren oder sein werden, sowie Personenversicherer und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen. Hierzu und über Ihre diesbezüglichen Rechte erhalten Sie weitere Informationen nach Eintritt eines Versicherungsfalles. Sollten Sie diese Verpflichtung verletzen, sind wir nach Maßgabe von Ziffer 10.2 nicht zur Leistung verpflichtet.

10.2 Verletzung Ihrer Verpflichtungen aus dieser Versicherung

Gemäß § 28 VVG können wir den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Verletzung einer Verpflichtung

dieses Versicherungsvertrages durch Sie erfahren haben, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung auf einfacher Fahrlässigkeit beruht.

Beruht die Pflichtverletzung auf Vorsatz, werden wir von der Leistung frei.

Beruht die Pflichtverletzung auf grober Fahrlässigkeit, werden wir die Leistungen angemessen zur Schwere der Schuld kürzen. Sie tragen die Beweislast für das Nichtvorliegen grober Fahrlässigkeit.

Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

10.3 Zahlung der Versicherungsleistung

Die Zahlung von Versicherungsleistungen erfolgt in Euro.

Geldleistungen, die von uns aus diesem Versicherungsvertrag zu erbringen sind, werden fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungen notwendigen Erhebungen.

Unter normalen Umständen sollte die Frist zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungen nicht mehr als einen Monat überschreiten.

11. Verjährung

Die Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

12. Anwendbares Recht und Gerichtsstand

Auf diesen Versicherungsvertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag können Sie gegen uns bei dem für unseren Geschäftssitz örtlich zuständigen Gericht oder bei dem Gericht, an dem Sie ihren Wohnsitz haben, geltend machen. Sollten Sie zum Zeitpunkt einer etwaigen Klageerhebung ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Liechtensteins, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegt haben, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Geschäftssitz haben.

13. Datenschutz

Die personenbezogenen Daten, welche Sie, die versicherten Personen und, sofern vorhanden, die Bezugsberechtigten dem Versicherer zur Verfügung stellen („personenbezogene Daten“), werden in der Datenbank, die sich im Besitz und unter der Kontrolle der Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V. befindet,

gespeichert und verwaltet. Dies geschieht zur Verwaltung der Versicherungspolice, zur Prävention und Untersuchung von Versicherungsbetrug, zur Markt- und Meinungsforschung, oder um Versicherungen sowie andere Dienstleistungen bezüglich der Gesundheitsvorsorge oder der Absicherung oder Verbesserung Ihres Lebensstandards durch den Versicherer oder andere Unternehmen innerhalb der Unternehmensgruppe anzubieten.

Sie und die versicherten Personen und, sofern vorhanden, die Bezugsberechtigten sind hiermit ordnungsgemäß unterrichtet und willigen ein, dass Cigna ihre personenbezogenen Daten an weitere Beteiligte, welche im Bereich dieses Versicherungsunternehmens arbeiten, übermitteln darf. Dies schließt Rück- und Mitversicherer sowie andere Gesellschaften, welche mit dem Einzug der Prämie (wie oben beschrieben) beauftragt sind, ein. Es kann sein, dass einige dieser Gesellschaften ihren Sitz in einem Land wie den Vereinigten Staaten von Amerika haben, in welchen der Schutz von personenbezogener Daten nicht gleichwertig ist. Falls gewünscht, wird Cigna allen Betroffenen eine aktualisierte Liste aller Gesellschaften, welche Zugang zu diesen personenbezogenen Daten haben, verfügbar machen. Cigna, sowie alle vorher erwähnten Gesellschaften und andere Unternehmen der Unternehmensgruppe, sind dazu berechtigt, Ihre personenbezogenen Daten innerhalb der ersten sechs Monate nach dem Erlöschen des Versicherungsverhältnisses für folgende Zwecke zu nutzen: Analyse des Kündigungsgrundes, Anbieten alternativer Produkte, sowie alle Prozesse welche zur möglichen Vertragsschließung dieser neuen Produkte führen können. Falls Sie in die Nutzung Ihrer Daten nach Ende des Vertragsverhältnisses für diese Zwecke nicht einwilligen, kontaktieren Sie uns bitte mit Nachweis Ihrer Identität (zum

Beispiel schriftlich mit einer Fotokopie Ihres gültigen Reisepasses oder Personalausweises).

Sie, die versicherten Personen und, sofern vorhanden, die Bezugsberechtigten können zu jeder Zeit Zugang zu Ihren Daten oder deren Berichtigung, Löschung oder Sperrung verlangen. Diese Rechte, welche durch das Bundesdatenschutzgesetz gesichert sind, können geltend gemacht werden, indem Sie uns unter der unten angegebenen Adresse kontaktieren und Ihre Identität nachweisen (zum Beispiel schriftlich mit einer Fotokopie Ihres gültigen Reisepasses oder Personalausweises)

Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V.
Datenschutzbeauftragter
Friedrich-Ebert-Anlage 36
60325 Frankfurt am Main
Tel: 0800 2141-600
Fax: 0800 2141-601
Email: kundenservice@cigna.com

Falls personenbezogene Daten auf dem Versicherungsschein erscheinen, welche sich auf andere Personen als Sie (Versicherungsnehmer) beziehen, sind Sie dafür verantwortlich, die anderen Personen davon zu unterrichten, dass die auf sie bezogenen Daten in der obengenannten Datenbank enthalten sind, sowie diese über alle Regelungen und Inhalte dieser Datenschutzerklärung zu informieren.

14 Falls Sie mit Cigna unzufrieden sind

14.1 Teilen Sie uns Ihre Beschwerde mit

Falls Sie mit unserem Service nicht zufrieden sein sollten, können Sie uns anrufen oder schreiben, damit wir Ihre Beschwerde unverzüglich bearbeiten können. Unsere Anschrift lautet:

Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V.
Kundenservice/ Beschwerden
Friedrich-Ebert-Anlage 36
60325 Frankfurt am Main
Tel: 0800 2141-600 - Fax: 0800 2141 601
Email: kundenservice@Cigna.com

Zur Bearbeitung Ihrer Beschwerde benötigen wir Ihren Namen, Ihre Adresse und die Nummer Ihres Versicherungsscheins.

14.2 Wenn Sie nicht zufrieden sind, können Sie sich auch an die Aufsichtsbehörde wenden

Wenn Sie nicht zufrieden sind, können Sie sich jederzeit auch an die deutsche oder belgische Aufsichtsbehörde wenden, um Ihren Fall untersuchen zu lassen. Die Adressen sind unten angegeben.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Bereich Versicherungen
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

Banque Nationale de Belgique
Boulevard de Berlaimont 14
1000 Brüssel
Belgien

L'Autorité des Services et Marchés Financiers (FSMA)
Rue du Congrès 12-14
1000 Brüssel
Belgien

ANGABEN ZUR LAUFZEIT UND BEENDIGUNG DES VERTRAGES

Laufzeit / automatische Verlängerung / Beendigung des Vertrages durch Sie

- a. Der Versicherungsschutz beginnt um 0:00 Uhr (MEZ) des im Versicherungsschein als Versicherungsbeginn angegebenen Tages.
- b. Die Rechte und Pflichten nach diesem Versicherungsvertrag gelten für die Laufzeit von einem Jahr nach dem im Versicherungsschein genannten Datum des Versicherungsbeginns.
- c. Nach Ablauf eines Jahres verlängert sich der Vertrag jeweils automatisch um ein weiteres Jahr.
- d. Sie können diese Versicherung schriftlich mit Wirkung zum Ende jedes Monats kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt 30 Tage.

Beendigung des Versicherungsvertrages durch Cigna

Wir sind berechtigt, den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen zum Ablauf eines jeden Versicherungsjahres zu kündigen.

Folgen der Beendigung

Unerheblich aus welchen Gründen der Versicherungsvertrag beendet wird, besteht kein Versicherungsschutz für zahnärztliche Behandlungen, die nach Beendigung des Vertrages erfolgen.

Der Versicherungsschutz endet um 00:00 Uhr (MEZ) an dem Tag, an dem der Versicherungsvertrag endet.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an.

Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V.

Kundenservice

Friedrich-Ebert-Anlage 36

60325 Frankfurt am Main

Tel.: 0800 2141-600

Fax: 0800 2141-601

E-Mail: kundenservice@Cigna.com

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 0,00 Euro. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

II) Besonderer Teil

a) Definitionen

Die im Folgenden aufgeführten Begriffe und Worte haben im Rahmen des vorliegenden Versicherungsvertrages die nachfolgend bestimmte Bedeutung unabhängig davon, ob sie im Singular oder im Plural verwendet werden. Dies gilt für die Verwendung der männlichen Form in Bezug auf die weibliche Form entsprechend.

„Angehöriger“

Eine im Versicherungsschein genannte Person, soweit diese entweder

- a. Ihr Partner (s. unten Definition "Partner") ist, jedoch nur soweit dieser zum Datum des Inkrafttretens des Versicherungsschutzes das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und
- b. ein unverheiratetes Kind (s. unten Definition "Kind") des Versicherten

„Angemessene und übliche Gebührengrenzen“

Eine Gebühr gilt dann als angemessen und üblich, wenn sie den 1,0- bis 3,5-fachen Satz des in der GOZ festgelegten Gebührensatzes nicht überschreitet. Bei der Festlegung der Höhe des konkreten Gebührensatzes sind die Schwierigkeiten und der Zeitaufwand der einzelnen Leistungen sowie die Umstände bei der Ausführung zu berücksichtigen.

„Behandlungen / Behandlungsleistungen / Behandlungsmaßnahmen“

Jede zahnärztliche Behandlungsmaßnahme oder Leistung, die von einem Zahnarzt ausgeführt oder persönlich kontrolliert wird, einschließlich Maßnahmen durch einen Dentalhygieniker, soweit diese Maßnahmen jeweils in der Leistungsbeschreibung enthalten sind; hierbei sind jedoch stets die Ausschlüsse gemäß diesen Bestimmungen und Bedingungen des Versicherungsvertrages zu berücksichtigen.

“Beginn der Behandlung”

Als Beginn einer Behandlung gilt jeweils das Datum des ersten Besuchs beim Zahnarzt, der auf das Erkennen der der Behandlung zu Grunde liegenden Erkrankung abzielt.

„Cigna, wir, uns“

Die Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V.

„Datum des Inkrafttretens“

Das Datum, an dem der Versicherungsvertrag in Kraft tritt und das im Versicherungsschein genannt ist.

„Datum der Prämienfälligkeit“

Der Tag, an dem die nach diesem Versicherungsvertrag zahlbare Prämie von dem angegebenen Bankkonto eingezogen wird. Es handelt sich dabei um den Tag eines jeden Monats, der dem Tag des Versicherungsbeginns entspricht. Sollte in einem Monat ein Tag, der dem Tag des Versicherungsbeginns entspricht, nicht vorkommen, so ist der letzte Tag dieses Monats das Datum der Prämienfälligkeit.

„Dentition“

Bezeichnet die Art, Anzahl, Anordnung und äußere Erscheinung der Zähne.

„Deutschland“

Die Bundesrepublik Deutschland sowie sämtliche unabhängige Gebietskörperschaften innerhalb der geographischen Grenzen Deutschlands, soweit für diese das Recht der Bundesrepublik Deutschland gilt.

„Erstattungsgrenze pro Behandlung“

Der erstattungsfähige Betrag für jede bestimmte Behandlungsart, wie in der Leistungsbeschreibung vorgesehen (siehe Produktinformationsblatt).

“Erwachsene”

Erwachsene sind Versicherte unter diesem Versicherungsvertrag, die das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben.

„Gedekte Leistungen“

Bezeichnet die erforderlichen Behandlungen, Leistungen bzw. Materialien, die nach diesem Versicherungsvertrag gedeckt sind und zum Zwecke vorsorgender und sanierender zahnärztlicher Leistungen und Behandlungen gemäß der Leistungsbeschreibung während des Bestehens des Versicherungsvertrages erstattet werden.

„GKV“

Gesetzliche Krankenversicherung: die gesetzliche Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland, die eine Grunddeckung für zahnärztliche Leistungen für alle deutschen Staatsangehörigen sowie Personen mit ständigem Wohnsitz

in der Bundesrepublik Deutschland leistet, soweit deren versicherungspflichtiges Monatseinkommen entweder unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt und sie somit in der GKV pflichtversichert sind oder ihr Monatseinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt und sie freiwillig in der GKV verbleiben, jeweils in der von den zuständigen deutschen Regierungsstellen vorgesehenen und genehmigten Form.

„GOZ“

Gebührenordnung für Zahnärzte: die in Deutschland geltende Gebührenordnung für zahnärztliche Leistungen, die auf privater Basis erbracht werden und nicht von der GKV gedeckt sind.

„Größere Sanierungsmaßnahmen“

Eine Kategorie festgelegter Behandlungsleistungen, die im klinischen Sinne als intensive bzw. komplexe Leistungen gelten und die in der Leistungsbeschreibung beschrieben sind.

„Grunddeckung“

Bezeichnet die zahnärztlichen Leistungen und Behandlungen, die von der GKV vollständig erstattet werden.

„Implantate“

Implantierter Zahnersatz besteht aus drei Komponenten: einer künstlichen Wurzel, die vom Zahnarzt in den Kieferknochen eingesetzt wird, einem Verbindungsstück und einer künstlichen Zahnkrone bzw. der Brücke oder Prothese.

„Inlays“

Als Inlay bezeichnet man eine Einlage- bzw. Gussfüllung, um Kariesfolgen zu behandeln. Das laborgefertigte Inlay kann aus

verschiedenen Materialien hergestellt werden. Inlays werden in den Zahnlabors individuell erstellt.

„Jährliche Höchsterstattungsbeträge“

Der in jeweils einem Versicherungsjahr gedeckte und in der Leistungsbeschreibung genannte jährliche Höchstbetrag einer Erstattung (vgl. Leistungsbeschreibung im Produktinformationsblatt).

„Kinder“

Kind im Sinne dieses Versicherungsvertrags ist ein Abkömmling des Versicherten, der seinen Wohnsitz beim Versicherten hat, das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und gegenüber dem Versicherten unterhalts- bzw. unterstützungsberechtigt ist, sofern Cigna der Deckung für dieses Kind zugestimmt hat. Von dieser Definition umfasst sind auch rechtmäßig adoptierte Kinder sowie Stiefkinder des Versicherten.

„Kleinere Sanierungsmaßnahmen“

Eine Kategorie festgelegter Behandlungsleistungen, die im klinischen Sinne als nicht intensive bzw. nicht komplexe Leistungen gelten und die in der Leistungsbeschreibung beschrieben sind.

„Krieg“

Bezeichnet einen erklärten oder nicht erklärten Krieg sowie kriegsähnliche Handlungen, einschließlich der Anwendungen militärischer Gewalt durch einen souveränen Staat zur Erreichung wirtschaftlicher, geographischer, nationalistischer, politischer, rassistischer oder religiöser Ziele.

„Mundgesundheit“

Die Gesundheit der Zähne, ihrer stützenden Strukturen und des sonstigen Mundgewebes, die zur Gewährleistung der zahntechnischen Funktionen sowie der allgemeinen Gesundheit des Patienten nötig ist.

„Nachfrist“

Eine von Cigna gesetzte schriftliche Zahlungsfrist von zwei Wochen, die von Cigna auf Kosten des Versicherten diesem bei Nichtzahlung der Prämie zum Fälligkeitsdatum gestellt wird. Während dieser Frist werden zahnärztliche Leistungen und Behandlungen sowie zahnärztliche Notbehandlungen nicht erstattet, solange die Prämie nicht geleistet wurde.

„Partner“

Der rechtmäßig verheiratete Ehegatte des Versicherten oder der Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft.

„Leistungsbeschreibung“

Die von Cigna festgelegten gedeckten Leistungen, soweit diese auf den Versicherungsvertrag Anwendung finden, können Sie aus dem von Cigna veröffentlichten Produktinformationsblatt mit den zugehörigen Anmerkungen ansehen; die Leistungsbeschreibungen unterliegen den angemessenen und üblichen Gebührengrenzen.

„Professionelle Zahnreinigung“

Bei der Professionellen Zahnreinigung, die nur vom Zahnarzt durchgeführt werden kann, wird der Zahnstein in den Zahnzwischenräumen mit mechanischen Instrumenten

entfernt. Mit speziellen Polierbürsten und Pasten können die Zahnoberflächen gereinigt werden.

„Prothese“

Bezeichnet eine feste oder entfernbare Vorrichtung zum Ersatz fehlender Zähne, wie etwa Kronen, Brücken oder Gebisselemente.

„Sanierende Behandlung“

Eine Behandlung, durch welche die Mundfunktion dauerhaft im Sinne einer Mundgesundheit wiederhergestellt wird.

„Sie, Ihr, Ihre, Ihrem, usw.“

Bezeichnet den Versicherten oder seine bzw. ihre mit diesem Versicherungsvertrag mitversicherten Angehörigen.

„Schmerzstillende Behandlungsmaßnahmen“

Behandlungsmaßnahmen, die zur vorübergehenden Linderung von Schmerzen, Schwellungen oder Blutungen eingesetzt werden und es dem Patienten erlauben, sich später, an einem anderen Ort bzw. bei seinem eigentlichen Zahnarzt einer sanierenden Behandlung unterziehen zu können.

„Terroristische Handlung“

Eine Handlung, einschließlich, jedoch nicht beschränkt auf, die Anwendung und/oder die Androhung von Gewalt durch eine Person oder Gruppe(n) von Personen, die alleine oder im Namen von bzw. in Verbindung mit einer Organisation oder Regierung bzw. mit Organisationen oder Regierungen handelt/handeln zur Erreichung politischer, religiöser, ideologischer oder ethnischer

Zwecke bzw. Ziele, auch mit der Absicht der Einflussnahme auf Regierungen und/oder der Einschüchterung der Öffentlichkeit oder von Teilen der Öffentlichkeit.

„Versicherter“

Der Versicherungsschutz des Versicherungsvertrages gilt für natürliche Personen, die von Cigna akzeptiert werden und im Versicherungsschein namentlich genannt sind.

„Versicherungsbeginn“

Der im Versicherungsschein angegebene Tag, Monat und Jahr an dem der Versicherungsschutz beginnt. Der Versicherungsschutz tritt um 0.00 MEZ des angegebenen Tages in Kraft.

„Versicherungsfähig“

Versicherungsfähig sind nur Personen wenn und solange diese bei einer Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) krankenversichert sind. Der Versicherungsschutz für vorliegende Zahnzusatzversicherung kann nur in Verbindung mit einem von der GKV bestätigtem Heil- und Kostenplan gewährleistet werden.

„Versicherungsjahr“

Der Zeitraum eines Jahres ab dem im Versicherungsschein genannten Datum des Versicherungsbeginns, sowie jedes weitere Jahr bei automatischer Verlängerung des Versicherungsvertrages zum Jahrestag des Versicherungsbeginns.

„Versicherungsschein“

Das für den Versicherungsnehmer auszustellende Dokument, in dem das Datum des Inkrafttretens und die Versicherten aufgeführt sind.

„Versicherungsvertrag“

Der Versicherungsvertrag besteht aus diesen Bestimmungen und Bedingungen dem Produktinformationsblatt sowie etwaigen weiteren Anlagen.

„Vorsorgemaßnahmen“

Bezeichnet Munduntersuchungen, Prophylaxemaßnahmen (Zahnreinigung) sowie Röntgenaufnahmen zu diagnostischen Zwecken, bis zu den in der Leistungsbeschreibung genannten Grenzen, soweit diese Leistungen nicht in der Grunddeckung der GKV enthalten sind.

„Zahnarzt“

Ein Zahnarzt oder Kieferorthopäde, mit Ausnahme des Versicherten sowie oder unmittelbarer Familienmitglieder des Versicherten, sofern der Zahnarzt bei der zuständigen deutschen Stelle oder der jeweiligen Zulassungsstelle des Auslandes approbiert ist.

„Zahnärztliche Leistungen und Behandlungen“

Eine Situation, in der gedeckte Leistungen durch einen Zahnarzt zum Zwecke des Erhalts der optimalen Mundgesundheit durch vorsorgende Maßnahmen und/oder sanierende Behandlungen in solchen Fällen erbracht werden, in denen diese Leistungen nicht durch die GKV gedeckt werden.

„Zahnärztlicher Notfall“

Eine Situation im In- oder Ausland, in der akute Schmerzen im Mundraum auftreten (aufgrund einer Erkrankung oder eines Unfalls) und bei der die Schmerzen des Patienten nicht mehr durch Schmerzmittel gelindert werden können oder Schwellungen oder unkontrollierbare Blutungen in der Mundhöhle des Patienten auftreten.

b) Versicherungsbedingungen

1. Gegenstand des Versicherungsvertrages

Gegenstand dieses Versicherungsvertrages ist die Erstattung von Aufwendungen des Versicherten für erforderliche zahnärztliche Leistungen gemäß der Leistungsbeschreibung des Versicherungsvertrages (siehe Produktinformationsblatt).

Dies umfasst Leistungen nach einem zahnärztlichen Notfall (Ziffer 2.2), Leistungen für Vorsorgemaßnahmen (Ziffer 2.3) sowie Leistung oder Behandlung in solchen Fällen, in denen diese Leistungen nur teilweise durch einen GKV Festkostenzuschuss gedeckt sind (Ziffer 2.4).

Die Erstattungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag erfolgen nur unter Berücksichtigung der im Folgenden genannten Leistungsgrenzen.

2. Versicherungsschutz

2.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (siehe oben Definition "Versicherungsbeginn"), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags und nicht vor Ablauf von Wartezeiten (siehe Ziffer 3). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, wird nicht geleistet. Das heißt, Cigna erstattet nur dann Kosten nach dem Versicherungsvertrag, wenn die Behandlungsmaßnahme erfolgt ist, während Versicherungsschutz für den Versicherten oder dessen Angehörige bestand. Als Beginn einer Behandlungsmaßnahme,

und damit als Eintritt des Versicherungsfalles, gilt jeweils das Datum des ersten Besuchs beim Zahnarzt, der auf das Erkennen der der Behandlung zu Grunde liegenden Erkrankung abzielt.

Eine Übersicht zu den Leistungen, die durch Ihren Tarif gedeckt sind, finden Sie in der Leistungsbeschreibung im "Produktinformationsblatt".

2.2 Zahnärztliche Notmaßnahmen

Tritt ein zahnärztlicher Notfall (siehe oben Definition "zahnärztlicher Notfall") ein, so hat jeder Versicherte und seine dem Versicherungsschutz des Versicherungsvertrages unterfallenden Angehörigen Anspruch auf Erstattung der Kosten, die für schmerzstillende Behandlungsmaßnahmen (siehe oben Definition "schmerzstillende Behandlungsmaßnahme") unmittelbar, innerhalb von 24 Stunden, nach einem zahnärztlichen Notfall entstehen. Die 24-stündige Frist beginnt mit Eintritt des Unfalls oder, im Falle einer Erkrankung, wenn die Schmerzen so stark sind, dass sie mit Medikamenten nicht mehr behandelt werden können.

In solchen Notfällen besteht die nach dieser Versicherung gedeckte Leistung aus den Kosten für eine schmerzlindernde Behandlung zur Linderung der akuten Schmerzen, Schwellungen oder Blutungen, sofern die Kosten der Behandlung nicht bereits von der GKV gedeckt sind.

Die maximale Leistung pro Notfall beträgt bis zu 100 % der Behandlungskosten. Jedoch maximal 50 € im Tarif Cigna Dent A, 100 € im Tarif Cigna Dent B und 150 € im Tarif Cigna Dent C.

Bei Behandlungsmaßnahmen außerhalb Deutschlands wird Cigna die einem Versicherten oder Angehörigen notwendigerweise entstehenden Kosten, die nicht anderweitig von der GKV gedeckt sind, bis zum jährlichen Erstattungshöchstbetrag sowie unter Berücksichtigung der Erstattungsgrenzen pro Behandlung nur erstatten, sofern der Versicherte sich nicht länger als insgesamt 90 Tage innerhalb eines Versicherungsjahres im Ausland aufgehalten hat.

Es gelten weiter die unter Ziffer 3, 4, 5.1 und 6 genannten Leistungs- bzw. Erstattungsgrenzen.

2.3 Vorsorgemaßnahmen

Jeder Versicherte und seine dem Versicherungsschutz des Versicherungsvertrages unterfallenden Angehörigen haben Anspruch auf Erstattung der Kosten für Vorsorgemaßnahmen; dies umfasst auch Erstattungsleistungen für Radiologie (Röntgenaufnahmen).

Der Versicherungsschutz umfasst für Erwachsene die Kosten für eine professionelle Zahnreinigung und prophylaktische Behandlung (Fluor Prophylaxe). Bei Kindern sind die Kosten für eine professionelle Zahnreinigung und Prophylaktische Behandlung (Fluor Prophylaxe) sowie Zahnkunde und Zahnpflege umfasst.

Die maximale Leistung beträgt bis zu 100 % der Behandlungskosten. In den Tarifen Cigna Dent A und Cigna Dent B kann eine solche Behandlung einmal versicherungsjährlich, im Tarif Cigna Dent C zwei mal versicherungsjährlich für den Versicherten bzw. dessen vom Versicherungsschutz umfasste Angehörige kostenlos durchgeführt werden.

Vorstehende Regelungen gelten nur für Behandlungsmaßnahmen in Deutschland. Es gelten weiter die unter Ziffer 3, 4, 5.1 und 6 genannten Leistungs- bzw. Erstattungsgrenzen.

2.4 Behandlungen mit GKV Festkostenzuschuss

Cigna wird die notwendigerweise entstehenden Kosten eines Versicherten oder Angehörigen, für bestimmte kleinere oder größere Sanierungsmaßnahmen, die nicht anderweitig von der GKV gedeckt sind, nach Einreichen eines von der GKV bestätigtem Heil- und Kostenplan der einen Festzuschuss von der GKV erhalten hat, bis zum jährlichen Erstattungshöchstbetrag sowie unter Berücksichtigung der Erstattungsgrenzen pro Behandlung gemäß der Leistungsbeschreibung im Produktinformationsblatt erstatten.

Die Leistungen von Cigna orientieren sich an dem von der GKV gewährten Festkostenzuschuss und betragen je nach gewähltem Tarif 100 % (Cigna Dent A), 200 % (Cigna Dent B) oder 300 % (Cigna Dent C) des Festkostenzuschusses der GKV..

Vorstehende Regelungen gelten nur für Behandlungsmaßnahmen in Deutschland. Es gelten weiter die unter Ziffer 3, 4, 5 und 6 genannten Leistungs- bzw. Erstattungsgrenzen, insbesondere sind für diesen Deckungsschutz die in Ziffer 5.2, 5.3 und 5.4 genannten speziellen Erstattungsvoraussetzungen zu beachten.

3. Wartezeiten

Für zahnärztliche Notmaßnahmen besteht keine Wartezeit.

Für Vorsorgemaßnahmen sowie Behandlungen mit GKV Festkostenzuschuss beträgt die Wartezeit 3 Monate ab dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn.

4. Erstattungsgrenzen

4.1 Erstattungsgrenzen pro Behandlungsmaßnahme

Jede gedeckte Maßnahme wird bis zur Erstattungsgrenze pro Behandlungsmaßnahme gemäß der Leistungsbeschreibung im Produktinformationsblatt erstattet.

4.2 Jährlicher Erstattungshöchstbetrag

Der jährliche Erstattungshöchstbetrag, der pro Versicherten in einem Versicherungsjahr erstattungsfähig ist, erhöht sich in den Folgejahren zwischen dem 1. bis 4. Versicherungsjahr, sofern der Versicherte ohne Unterbrechung im Versicherungsvertrag versichert bleiben. Die Erstattungsbeträge und Grenzen nach dem 4. Versicherungsjahr bleiben auf der Höhe des 4. Versicherungsjahres unverändert. Der für den Versicherten für jedes Jahr geltende jährliche Erstattungshöchstbetrag ergibt sich im Detail aus der Leistungsbeschreibung im Produktinformationsblatt.

Kosten über den jährlichen Erstattungshöchstbetrag oder über die Erstattungsgrenzen pro Behandlungsmaßnahme gemäß Leistungsbeschreibung hinaus sind durch den Versicherungsvertrag nicht gedeckt. Alle in dieser Bestimmung genannten Leistungen werden auf die jährlichen Höchsterstattungsbeträge, die im Produktinformationsblatt im Detail genannt werden, angerechnet.

4.3 Behandlung auf eigene Kosten

Soweit die Zahlungen von Cigna für ein bestimmtes Versicherungsjahr an den Versicherten oder dessen Angehörige die Erstattungsgrenze pro Behandlungsmaßnahme erreicht

haben oder Cigna den jährlichen Erstattungshöchstbetrag an den Versicherten für das jeweilige Versicherungsjahr geleistet hat, ist der Versicherte oder sind dessen Angehörige weiterhin berechtigt, Leistungen von einem Zahnarzt in der restlichen Laufzeit dieses Versicherungsjahres auf eigene Kosten in Anspruch zu nehmen. Gebühren für Behandlungsmaßnahmen werden von Cigna jedoch nicht übernommen.

4.4 Anrechnung von Leistungen der GKV

Die von der GKV übernommenen Beträge sind vorab von den Behandlungskosten abzuziehen.

4.5 Erstattung der Differenz zum Rechnungsbetrag

Nach Anrechnung des von der GKV erstatteten Betrags zahlt Cigna jedoch nicht mehr als die noch verbleibende Differenz zum erstattungsfähigen Rechnungsbetrag.

5. Voraussetzungen der Kostenerstattung

5.1 Vorlage von Rechnungen

Bei Anspruchserhebung sind Cigna die erforderlichen medizinischen Nachweise, sonstigen Dokumente und sachdienlichen Nachweise (insbesondere Rechnungen) zu übersenden. Aus den Unterlagen müssen der Vor- und Nachname der behandelten Person, die Behandlungsdaten und die im Einzelnen durchgeführten Leistungen ersichtlich sein. In der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehene Leistungen sowie Erstattungsansprüche gegen Dritte sind in Anspruch zu nehmen (siehe auch oben Ziffer I) 10.2).

5.2 Vorlage eines Heil- und Kostenplanes

Sie sind bei zahnärztliche Leistungen und Behandlungen nach Ziffer II) 2.4 zudem verpflichtet, den Heil- und Kostenplan des Behandlers zur durchgeführten zahnärztlichen Behandlung in Kopie, mit dem Erstattungsvermerk der gesetzlichen Krankenkasse, einzureichen.

5.3 Einhaltung einer angemessenen Gebührengrenze

Die Erstattung von Kosten für zahnärztliche Leistungen und Behandlungen nach Ziffer II) 2.4 erfolgt nur im Rahmen der angemessenen und üblichen Gebührengrenzen (siehe oben Definition "Angemessene und übliche Gebührengrenzen"). Diese bewegen sich im Rahmen zwischen einem Faktor von 1,0 und 3,5 der in der GOZ genannten Gebührensätze.

5.4 Abstimmung mit Cigna

Sollten die Behandlungskosten für zahnärztliche Leistungen und Behandlungen nach Ziffer II) 2.4 voraussichtlich die GOZ-Gebühren um mehr als den Faktor 3,5 überschreiten, ist hierzu vorab die Genehmigung von Cigna unter Vorlage des Heil- und Kostenplanes einzuholen (siehe dazu bereits oben unter Ziffer I) 10.1). Bei der dann vorzunehmenden Beurteilung der Angemessenheit und Üblichkeit einer Gebühr wird Cigna die genannten Kriterien berücksichtigen. Behandlungsgebühren die den Faktor 3,5 überschreiten, und die nicht seitens Cigna vorab genehmigt wurden, werden nicht erstattet.

6. Ausschlüsse vom Versicherungsschutz

6.1 Allgemeine Ausschlüsse

Eine Erstattung erfolgt nicht für Gebühren und Kosten von Behandlungsmaßnahmen, die

- a. die bereits vollständig oder teilweise durch eine andere Zahnzusatzversicherung bezahlt wurden.
- b. von dem Versicherten durch vorsätzliches Verhalten verursacht wurden; oder
- c. infolge einer versuchten Selbsttötung oder vorsätzlich zugefügten Eigenverletzung erforderlich sind; oder
- d. mittelbar oder unmittelbar infolge eines Krieges oder kriegerischen Handlung, Invasion, Terrorismus oder terroristischer Handlungen, Handlungen eines ausländischen Feindes, Kampfhandlungen (unabhängig davon, ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht), Streik, Aufruhr und/oder Unruhen, Bürgerkrieg, Rebellion, Revolution, Aufstand, militärische Gewalt oder Usurpation oder infolge von Operationen durch die Armee, die Marine oder die Luftstreitkräfte erforderlich sind; oder
- e. unmittelbar oder mittelbar infolge einer chemischen Verseuchung oder einer radioaktiven Verseuchung durch Nuklearmaterial oder Verbrennung von Nuklearelementen erforderlich sind; oder
- f. nach dem Gesetz nicht durch den Versicherten oder dessen Angehörige zu leisten sind; oder
- g. Kosten für die Erstellung eines Anspruchsformulars oder sonstige verwaltungstechnische Kosten darstellen.

6.2 Besondere Ausschlüsse

Eine Erstattung erfolgt nicht

- a. für sanierende Behandlungsmaßnahmen, Laborarbeiten oder Zahnmaterialien, die nicht ausdrücklich in der Leistungsbeschreibung (siehe Produktinformationsblatt) genannt sind, oder;
- b. für Zahnersatz (inkl. Prothesen, Brücken und Implantaten) für Zähne, welche bereits zu Versicherungsbeginn fehlen; oder
- c. für Ersatz bestehenden Zahnersatzes; oder
- d. für Ersatz von Prothesen, einschließlich Zahnschutzes, der verloren geht oder gestohlen wird; oder
- e. für Ersatz einer Brücke, Krone oder künstlicher Gebisselemente innerhalb von 3 Jahren nach dem ursprünglichen Ersatz; oder
- f. für Ersatz einer Brücke, Krone oder eines künstlichen Zahnelements, die/das nach den anerkannten zahnärztlichen Standards repariert wird oder werden kann; oder
- g. für Verfahren und Materialien, die sich noch im Experimentierstadium befinden, klinisch noch nicht erprobt sind oder nicht die allgemein anerkannten zahnärztlichen Standards in Deutschland erfüllen, die die medizinischen Dienste der GKV aufgestellt haben; oder
- h. für sämtliche Behandlungen der Hauptspeicheldrüsen, des Mundrachenraums, Nasenrachenraum, Hypopharynx; oder
- i. sofern zahnärztliche Leistungen und/oder Behandlungen aufgrund eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Umstände erforderlich werden oder diese Umstände hierzu beitragen:
 - der Versicherte/Angehörige befindet sich zum Zeitpunkt des Vorfalls, der die zahnärztliche Versorgung erforderlich macht, in einem Zustand von Geisteskrankheit oder psychiatrischer oder psychologischer Verwirrung;
 - Teilnahme an jeglichen Flugsportarten, Flugreisen oder sonstigen Arten von Luftfahrttätigkeiten, soweit es sich nicht um Reisen als zahlender Passagier in regelmäßig verkehrenden, kommerziell genutzten Flugzeugen handelt, die von einer Fluggesellschaft bzw. Chartergesellschaft betrieben werden, die hierzu ordnungsgemäß lizenziert sind;
 - Teilnahme an jedweden Rennen mit motorisierten Fahrzeugen und/oder unter der Nutzung von Motorrädern für professionelle Zwecke;
 - Sofern sich der Versicherte/Angehörige unter dem Einfluss von Alkohol oder Medikamenten befindet, es sei denn, die Medikamente wurden ärztlich verschrieben und nicht zur Behandlung einer Drogensucht eingesetzt; oder
- j. Wenn die zahnärztlichen Leistungen und Behandlungen erforderlich sind, weil der Versicherte/Angehörige als Profi oder zu Trainingszwecken eine der nachfolgenden Tätigkeiten im Rahmen eines Wettbewerbs oder auf sonstige Weise betrieben hat:

- Unterwasserschwimmen oder Tauchen unter Verwendung jedweder Arten von Ausrüstung zur Atmungsunterstützung;
 - jedwede Arten von Klettern sowie Bergsteigen unter Verwendung von Seilen oder Führern;
 - Fallschirmspringen, jede Art von Segelfliegen, Ballon fahren, Bungee Jumping oder Fliegen in Ultraleichtflugzeugen;
 - jede Art von Explosionen (einschließlich, jedoch nicht beschränkt auf Feuerwerke oder Knallkörper);
 - Wintersportarten wie z.B. Variantenskifahren, Heli-Skiing, Bob fahren, Eisschnelllaufen, Geschwindigkeitsskifahren, Extrem-Skifahren, Skispringen, akrobatisches Skifahren, Teilnahme an Rennen, Paragliding auf Skiern. Der Begriff „Ski fahren“ umfasst auch Snowboarden und das Fahren mit Snowmobilen;
 - Jagen; oder
 - sämtliche Arten von Rennen, die nicht zu Fuß stattfinden; oder
 - Profisportarten; oder
- das Fahren sämtlicher Arten von Fahrzeugen, während der Alkoholspiegel im Blut, Atem oder Urin des Versicherten/ Angehörigen über dem gesetzlich zulässigen Grenzwert in dem Land liegt, in dem die Verletzung erfolgt sowie das Fahren eines Fahrzeuges unter dem Einfluss eines nicht ordnungsgemäß verschriebenen Arzneimittels.