



## Vertragsinformationen zur Zahnzusatzversicherung – ZahnGesund – nach den Tarifstufen 577, 578, 579

### Informationen zum Versicherer

Ihr **Vertragspartner** ist die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. mit Sitz in München, eingetragen im Handelsregister beim Amtsgericht München unter HRB 764.

Das Unternehmen wird **vertreten** durch den Vorstand. Mitglieder des Vorstands sind: Dr. Rainer Reitzler (Vorsitzender), Sebastian Hartmann, Karsten Kronberg, Dr. Stefan Lohmöller.

Die Postadresse unserer Direktion lautet **Pettenkofenstr. 19, 80336 München**. Sie erreichen uns unter Telefon: 089/5152-1000, Telefax: 089/5152-1501, E-Mail: info@muenchener-verein.de

Die **ladungsfähige Anschrift** des Versicherers lautet: Münchener Verein Krankenversicherung a.G., Pettenkofenstr. 19, 80336 München

Die **Hauptgeschäftstätigkeit** des Versicherers besteht satzungsgemäß in der Gewährung von Krankenversicherungsschutz an die Mitglieder des Versicherungsvereins.

### Informationen zur angebotenen Leistung

Ihrem Vertrag liegen die **Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung ohne Rückstellungsbildung und die Tarifbestimmungen ZahnGesund 75+ (Tarifstufe 577), ZahnGesund 85+ (Tarifstufe 578) und ZahnGesund 100 (Tarifstufe 579)** zu Grunde.

Das Vertragsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

Angaben über **Art, Umfang, Fälligkeit** und **Erfüllung** der Versicherungsleistung entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Der **Gesamtpreis** Ihrer Versicherung ist im Antrag und im Versicherungsschein sowie einem eventuellen Nachtrag zum Versicherungsschein ausgewiesen. Zusätzlich zum Beitrag fallen keine weiteren Kosten, Steuern oder Gebühren an.

Die **Zahlung** der Versicherungsprämie erfolgt per Lastschriftinzugsverfahren. Die Zahlungsmodalitäten ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

#### Gültigkeitsdauer der Informationen:

Die vorliegenden Informationen sind nur solange gültig, wie die ihrer Erstellung zugrunde liegenden Umstände unverändert bleiben.

### Informationen zum Vertrag

#### Zustandekommen des Vertrages

Das Versicherungsverhältnis kommt nicht bereits bei Antragstellung zustande, sondern erst mit der schriftlichen Annahme Ihres Antrages durch die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. oder der Übersendung bzw. Aushändigung des Versicherungsscheines, sofern die Beiträge von Ihrem Konto im Lastschriftinzugsverfahren abgebucht werden können und Sie nicht von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch machen.

#### Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen

##### Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von **14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen**.

Die **Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen**

- **der Versicherungsschein,**
- **die Vertragsbestimmungen,** einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **diese Belehrung,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,**
- **und die weiteren Informationen, die nach den §§ 1 – 3 der VVG- Informationspflichtenverordnung zur Verfügung zu stellen sind. Diese Informationspflichten finden Sie in Abschnitt 2 der vollständigen Belehrung zum Widerrufsrecht in Ihrem Versicherungsschein**

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der **Widerrufsfrist** genügt die rechtzeitige Absendung des **Widerrufs**. Der **Widerruf** ist zu richten an: **Münchener Verein Krankenversicherung a.G., KVB-Team, 80283 München (oder Hausanschrift: Pettenkofenstr.19, 80336 München)**. Bei einem **Widerruf per Telefax** ist der **Widerruf** an folgende **Faxnummer** zu richten: **089/51 52-4020**.

#### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen **Widerrufs** endet der **Versicherungsschutz** und der **Versicherer** hat Ihnen den auf die **Zeit nach Zugang des Widerrufs** entfallenden Teil der **Prämien** zu erstatten, 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, darf der **Versicherer** in diesem Fall einbehalten; von dem im **Versicherungsschein** ausgewiesenen **Beitrag** beträgt der **Einbehalt** bei vereinbarter **monatlicher Zahlungsweise** 1/30, bei **vierteljährlicher Zahlungsweise** 1/90, bei **halbjährlicher Zahlungsweise** 1/180, bei **jährlicher Zahlungsweise** 1/360 für jeden Tag, an dem **Versicherungsschutz** bestanden hat. Der **Versicherer** hat die **Erstattung zurückzuzahlender Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten**.

**Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.**

#### Vertragsdauer / Kündigung

Der **Versicherungsvertrag** wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Die **Mindestvertragsdauer** beläuft sich auf **24 Monate**. Sie können das **Versicherungsverhältnis** insgesamt oder für einzelne versicherte Personen zum Ende eines **Versicherungsjahres**, frühestens zum Ablauf der vereinbarten **Mindestvertragsdauer**, mit einer **Frist** von drei Monaten zum Ablauf des **Versicherungsjahres** kündigen.

#### Versicherungsjahr

Das erste **Versicherungsjahr** beginnt mit dem im **Versicherungsschein** bezeichneten Zeitpunkt (**Versicherungsbeginn**) und endet am **31.12.** des betreffenden **Kalenderjahres**. Jedes weitere **Versicherungsjahr** entspricht dem **Kalenderjahr**.

#### Vertragsrecht und -sprache

Der **Aufnahme** von Beziehungen zum **Versicherungsnehmer** vor Abschluss des **Vertrages** legen wir das **Recht der Bundesrepublik Deutschland** zugrunde.

Im **Rahmen** des **Abschlusses** sowie für die **Dauer** des **Vertragsverhältnisses** kommt **ausschließlich** die **deutsche Sprache** zur Anwendung.

### Informationen zur Schlichtung von Streitigkeiten

Wir sind stets bemüht, im **Vertragsverhältnis** alles zu Ihrer **Zufriedenheit** zu gestalten. Sollte es gleichwohl einmal zu **Unstimmigkeiten** kommen, über die wir kein **Einvernehmen** erzielen können, haben Sie die **Möglichkeit**, sich **außergerichtlich** an den

#### Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung

Glinkastraße 40, 10117 Berlin  
Tel. 0800/2 55 04 44, Fax 030/20 45 89 31

zu wenden.

Der **Ombudsmann** ist auch **Schlichtungsstelle** zur **außergerichtlichen Beilegung** von **Streitigkeiten** zwischen **Versicherten** und **Versicherungsvermittlern**.

Der **Ombudsmann** nimmt sich **kostenfrei** der **Anliegen** von **Versicherten** zu ihrem **Versicherungsschutz** an. Er **behandelt** eine **Beschwerde** nicht, wenn diese **bereits** vor einem **Gericht**, einer **Schiedsstelle** oder einer anderen **Streitschlichtungseinrichtung** **verhandelt** wird oder von einer solchen **Stelle** **entschieden** wurde.

Die **Möglichkeit**, den **Rechtsweg** zu **beschreiten**, bleibt **unberührt**.

Weitere **Informationen** erhalten Sie unter **www.pkv-ombudsmann.de**.

Sie haben auch die **Möglichkeit**, sich mit einer **Beschwerde** an die **Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht** **Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn** zu wenden.