

Für meine Unterlagen

ERGO Direkt AG
Karl-Martell-Str. 60
90344 Nürnberg

Beratungsverzichtserklärung bezüglich meines Vertragsabschlusses

Aufgrund neuer EU-Vorgaben sind Versicherer und Versicherungsvermittler seit Februar 2018 verpflichtet, grundsätzlich auch im Direktvertrieb zu beraten und die Beratung zu dokumentieren, bevor ein Vertrag geschlossen wird.

Da ich meinen o. g. Versicherungsvertrag bequem und direkt abschließen möchte, habe ich im Rahmen des online Vertragsabschluss-Dialogs mit folgender Erklärung auf eine Beratung und deren Dokumentation verzichtet:

Ich verzichte auf eine persönliche Beratung sowie deren Dokumentation. Dies kann sich eventuell auf die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen nachteilig auswirken.

Versicherungssteuerrechtliche Erklärung Befreiung von Versicherungssteuer nach dem Versicherungsteuergesetz (VersStG)

Ich erkläre: Soweit ich Versicherungsschutz für andere Personen beantrage, handelt es sich bei diesen Personen um nahe Angehörige im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes (PflegeZG) bzw. um Angehörige im Sinne des § 15 der AO.

Kranken- und Pflegeversicherungen sind von der Steuer befreit, sofern die Versicherungsleistung der Versorgung der natürlichen Person, bei der sich das versicherte Risiko realisiert (Risikoperson), oder der Versorgung von deren nahen Angehörigen im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes (PflegeZG) oder von deren Angehörigen im Sinne des § 15 der Abgabenordnung (AO) dient (§ 4 Absatz 1 Nummer 5 Buchstabe b Versicherungsteuergesetz):

Als Angehörige bzw. nahe Angehörige gelten:

1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
2. Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner,
3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder,
4. Verlobte,
5. Verwandte und Verschwägerte gerader Linie,
6. Kinder der Geschwister,
7. Geschwister der Eltern,
8. Personen, die durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind (Pflegeeltern und Pflegekinder).

Bitte beachten Sie: Die Auflösung einer Verlobung bzw. die Beendigung einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft kann nach Vertragsschluss zu einer abweichenden versicherungssteuerrechtlichen Beurteilung führen; ebenso die Beendigung der häuslichen Gemeinschaft mit Pflegekindern, wenn mit diesen keine innere Verbundenheit/Beziehung mehr besteht. Sie müssen uns in diesen Fällen umgehend informieren, denn Versicherungen von Personen, die keine (nahen) Angehörigen im o.g. Sinne sind, sind in der Regel versicherungssteuerpflichtig. Das bedeutet für Sie: Sie könnten dann zusätzlich zum vertraglich geschuldeten Beitrag zur Zahlung der Versicherungssteuer verpflichtet sein.

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz.

Diese Informationen sind nicht abschließend. Der Vertragsinhalt ergibt sich aus folgenden Unterlagen:

- Ihrem Antrag,
- dem Versicherungsschein und ggf. weiteren schriftlichen Vereinbarungen,
- den Versicherungsbedingungen.

Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Zahnersatzversicherung für gesetzlich Krankenversicherte.



Was ist versichert?

Versichert sind Aufwendungen für

- ✓ medizinisch notwendige Zahnersatzmaßnahmen, die nach Vertragsschluss erstmals angeraten und durchgeführt werden,
- ✓ Schmerzausschaltung (z. B. Narkose) im unmittelbaren Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen, kieferorthopädischen oder kieferchirurgischen Heilbehandlung.
- ✓ Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Dritter werden angerechnet.
- ✓ Zusammen mit diesen Leistungen erhalten Sie in **Tarif DS75**
 - 75 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen bei Zahnersatzmaßnahmen mit privatärztlicher Versorgung und Schmerzausschaltung,
 - 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen bei Zahnersatzmaßnahmen mit kassenärztlicher Regelversorgung bzw. bei Unfall.
- ✓ Mit dem **Zusatztarif DS90**
 - erhöhen Sie Ihren Versicherungsschutz gegenüber dem Grundtarif DS75 auf 90 Prozent bei Zahnersatzmaßnahmen mit privatärztlicher Versorgung und Schmerzausschaltung.
- ✓ Mit dem **Zusatztarif DS100**
 - erhöhen Sie Ihren Versicherungsschutz gegenüber dem Grundtarif DS75 und dem Zusatztarif DS90 auf 100 Prozent bei Zahnersatzmaßnahmen mit privatärztlicher Versorgung und Schmerzausschaltung,
 - erhalten Sie 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche bzw. zahnärztliche Gebühren bis zum 5,0-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte,
 - erhalten Sie eine Fahrkostenpauschale von 50 Euro nach zahnmedizinisch bedingter Vollnarkose und Sedierung.
- ✓ Zahnersatzmaßnahmen sind u. a. Kronen, Teilkronen, Overlays, Veneers, Einlagefüllungen, Brücken, Prothesen, implantatgetragener Zahnersatz, Implantate, Verblendungen.
- ✓ Maximal erhalten Sie zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Versicherer 100 Prozent der erstattungsfähigen Kosten.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Bei Vertragsschluss oder vor Versicherungsbeginn bereits angeratene oder begonnene Behandlungen.
- ✗ Bei Vertragsschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne.
- ✗ Zahnerhaltmaßnahmen (wie z. B. Knirscherschienen; Kunststofffüllungen; Vorsorge- und Prophylaxe-Maßnahmen wie u. a. Mundhygiene, Fissurenversiegelung, Fluoridbehandlung, Parodontosebehandlung, professionelle Zahnreinigung) und Kieferorthopädiemaßnahmen.
- ✗ Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Innerhalb der ersten vier Jahre ist die Versicherungsleistung beschränkt. Die maximale Gesamtleistung beträgt je versicherter Person:
 - im ersten Versicherungsjahr 500 Euro im Tarif DS75 und jeweils 250 Euro in den Tarifen DS90 und DS100;
 - in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen 1.000 Euro im Tarif DS75 und zusammen 500 Euro jeweils in den Tarifen DS90 und DS100;
 - in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen 1.500 Euro im Tarif DS75 und zusammen 750 Euro jeweils in den Tarifen DS90 und DS100;
 - in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen 2.000 Euro im Tarif DS75 und zusammen 1.000 Euro jeweils in den Tarifen DS90 und DS100.
- ! Im Rahmen der Tarife DS75 und DS90 sind die Aufwendungen erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen liegen.
- ! Zahnersatzmaßnahmen, für die Leistungen vereinbart sind, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen. In diesem Fall wird unsere Leistung auf den angemessenen Betrag herabgesetzt.
- ! Weitere Einschränkungen können sich ergeben
 - bei Aufenthalt im Ausland,
 - bei Verletzung von Obliegenheiten,
 - bei einem Beitragsrückstand.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Ihr Versicherungsschutz besteht in Deutschland.
- ✓ Bei vorübergehenden Aufenthalten in anderen Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) sowie in der Schweiz haben Sie ebenfalls Versicherungsschutz. Dies gilt entsprechend bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat der EU bzw. des EWR.
- ✓ In Staaten außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Reichen Sie sämtliche Rechnungen und Belege mit Erstattungsvermerk der gesetzlichen Krankenkasse ein.
- Zur Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir ggf. Auskünfte von der versicherten Person. Diese ist verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben.



Wann und wie zahle ich?

Die vereinbarten Beiträge sind ab Vertragsbeginn zu bezahlen. Der erste Beitrag ist sofort nach Abschluss des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, ist im Versicherungsschein genannt. Je nach Vereinbarung kann das monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein.

Sie können uns den Beitrag überweisen oder uns ermächtigen, den Beitrag von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages. Bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung entfällt die Leistungspflicht.

Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung der Versicherung. Dies gilt auch für Versicherungsfälle, die zu diesem Zeitpunkt noch andauern. Die Versicherung endet u. a. bei

- Beendigung der Versicherung in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung,
- Kündigung,
- Tod der versicherten Person,
- Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR.

Endet der Versicherungsschutz für den Grundtarif DS75, endet gleichzeitig auch der Versicherungsschutz für die Zusatztarife DS90 und DS100. Endet der Versicherungsschutz für den Zusatztarif DS90, endet gleichzeitig auch der Versicherungsschutz für den Zusatztarif DS100.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen. Der Zusatztarif DS100 kann auch einzeln gekündigt werden. Der Zusatztarif DS90 kann auch einzeln, bei gleichzeitiger Versicherung nach Zusatztarif DS100 mit diesem zusammen gekündigt werden. Ihre Kündigung muss in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Kündigen Sie die Versicherung einer mitversicherten Person, wird die Kündigung nur und erst dann wirksam, wenn die versicherte Person Kenntnis von der Kündigungserklärung erlangt hat.

Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie ein Sonderkündigungsrecht. Zum Beispiel wenn sich die Beiträge erhöhen.

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz.

Diese Informationen sind nicht abschließend. Der Vertragsinhalt ergibt sich aus folgenden Unterlagen:

- Ihrem Antrag,
- dem Versicherungsschein und ggf. weiteren schriftlichen Vereinbarungen,
- den Versicherungsbedingungen.

Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Zahnerhaltversicherung für gesetzlich Krankenversicherte.



Was ist versichert?

- ✓ Versichert sind medizinisch notwendige Zahnerhaltmaßnahmen, die nach Vertragsschluss erstmals angeraten und durchgeführt werden.
- ✓ Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Dritter werden angerechnet.
- ✓ Zusammen mit diesen Leistungen erhalten Sie in **Tarif DVB**
 - 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen bei Zahnerhaltmaßnahmen,
 - 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für eine zahnmedizinische Individualprophylaxemaßnahme je Versicherungsjahr,
 - 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für Kieferorthopädiemaßnahmen, bis zu einem Betrag von insgesamt höchstens 1.000 Euro während der Vertragslaufzeit. Diese Begrenzung gilt nicht bei unfallbedingten Aufwendungen.
- ✓ Mit dem **Zusatztarif DVE** erhalten Sie 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für
 - weitere zahnmedizinische Individualprophylaxemaßnahmen,
 - Kieferorthopädiemaßnahmen bis zu einem Betrag von weiteren insgesamt höchstens 1.000 Euro während der Vertragslaufzeit,
 - Protrusionsschienen („Schnarcherschienen“) sowie zahnauhellende Maßnahmen (Bleaching) innerhalb der ersten zwei Versicherungsjahre zusammen höchstens 100 Euro, danach innerhalb der jeweils nachfolgenden zwei Versicherungsjahre zusammen höchstens 250 Euro,
 - ärztliche bzw. zahnärztliche Gebühren bis zum 5,0-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte, außer für zahnmedizinische Individualprophylaxemaßnahmen.
- ✓ Als Zahnerhaltmaßnahmen gelten Kunststofffüllungen (Kompositfüllungen), Knirscherschienen, Wurzel-, Parodontose-, Schleimhautbehandlungen und die damit jeweils verbundenen zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien sowie die damit jeweils verbundenen funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen.
- ✓ Maximal erhalten Sie zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Versicherer 100 Prozent der erstattungsfähigen Kosten.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Bei Vertragsschluss oder vor Versicherungsbeginn bereits angeratene oder begonnene Behandlungen.
- ✗ Bei Vertragsschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne.
- ✗ Kieferorthopädiemaßnahmen, wenn die versicherte Person bei Beginn der Maßnahme das 18. Lebensjahr bereits vollendet hat, außer die Maßnahme erfolgt aufgrund eines Unfalls.
- ✗ Zahnersatzmaßnahmen (wie z. B. Inlays, Onlays, Kronen, Brücken, Prothesen, implantologische Maßnahmen).
- ✗ Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Innerhalb der ersten drei Jahre ist die Versicherungsleistung für Kieferorthopädiemaßnahmen beschränkt. Die maximale Gesamtleistung beträgt je Tarif und je versicherter Person:
 - im ersten Versicherungsjahr 250 Euro;
 - in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens 500 Euro;
 - in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen höchstens 750 Euro.
- ! Im Rahmen des Tarifs DVB sind die Aufwendungen erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen liegen. Dies gilt auch für Individualprophylaxemaßnahmen nach Tarif DVE.
- ! Zahnerhaltmaßnahmen, für die Leistungen vereinbart sind, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen. In diesem Fall wird unsere Leistung auf den angemessenen Betrag herabgesetzt.
- ! Weitere Einschränkungen können sich ergeben
 - bei Aufenthalt im Ausland,
 - bei Verletzung von Obliegenheiten,
 - bei einem Beitragsrückstand.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Ihr Versicherungsschutz besteht in Deutschland.
- ✓ Bei vorübergehenden Aufenthalten in anderen Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) sowie in der Schweiz haben Sie ebenfalls Versicherungsschutz. Dies gilt entsprechend bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat der EU bzw. des EWR.
- ✓ In Staaten außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Reichen Sie sämtliche Rechnungen und Belege mit Erstattungsvermerk der gesetzlichen Krankenkasse ein.
- Zur Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir ggf. Auskünfte von der versicherten Person. Diese ist verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben.



Wann und wie zahle ich?

Die vereinbarten Beiträge sind ab Vertragsbeginn zu bezahlen. Der erste Beitrag ist sofort nach Abschluss des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, ist im Versicherungsschein genannt. Je nach Vereinbarung kann das monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein.

Sie können uns den Beitrag überweisen oder uns ermächtigen, den Beitrag von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages. Bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung entfällt die Leistungspflicht.

Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung der Versicherung. Dies gilt auch für Versicherungsfälle, die zu diesem Zeitpunkt noch andauern. Die Versicherung endet u. a. bei

- Beendigung der Versicherung in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung,
- Kündigung,
- Tod der versicherten Person,
- Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR.

Endet der Versicherungsschutz für den Grundtarif DVB, endet gleichzeitig auch der Versicherungsschutz für den Zusatztarif DVE.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen. Der Zusatztarif DVE kann auch einzeln gekündigt werden. Ihre Kündigung muss in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Kündigen Sie die Versicherung einer mitversicherten Person, wird die Kündigung nur und erst dann wirksam, wenn die versicherte Person Kenntnis von der Kündigungserklärung erlangt hat.

Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie ein Sonderkündigungsrecht. Zum Beispiel wenn sich die Beiträge erhöhen.

Kundeninformation (nach § 1 VVG-InfoV) für Ihre Krankenversicherung nach Tarife DS75, DS90, DS100, DVB und DVE

1. Wer ist Ihr Vertragspartner?
2. Welche Leistungen erhalten Sie aus Ihrem Vertrag?
3. Welche Beiträge sind zu zahlen?
4. Welche Nebenkosten fallen zusätzlich zum Beitrag an?
5. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
6. Wie lange gilt unser Vertragsangebot?
7. Wie kommt Ihr Vertrag zustande? Ab wann sind Sie versichert?
8. Können Sie Ihren Antrag widerrufen?
9. Wie lange läuft Ihr Vertrag?
10. Können Sie Ihren Vertrag vorzeitig beenden?
11. Welches Recht und welche Sprache finden Anwendung?

Für den Vertrag gelten:

- **Versicherungsbedingungen für die Zahnersatzversicherung für gesetzlich Krankenversicherte ohne Gesundheitsfragen – Vertragsgrundlagen Tarife DS75, DS90, DS100 (Stand 07/2022)**
- **Versicherungsbedingungen für die Zahnerhaltversicherung für gesetzlich Krankenversicherte ohne Gesundheitsfragen – Vertragsgrundlagen Tarife DVB, DVE (Stand 07/2022)**

1. Wer ist Ihr Vertragspartner?

ERGO Krankenversicherung AG,
Karl-Martell-Str. 60, 90344 Nürnberg,
gesetzlich vertreten durch den Vorstand:
Frauke Fiegl (Vorsitzende), Nina Henschel, Christoph Klawunn.
Vorsitzende des Aufsichtsrats: Anja Berner.

Sitz der Gesellschaft: Fürth, eingetragen beim Amtsgericht
Fürth unter der Handelsregisternummer HRB 4694.

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit ist das Betreiben von Kranken-
Zusatzversicherungen.

Wir gehören einem Insolvenzschutzfonds an. Dieser stellt
sicher, dass in dem sehr unwahrscheinlichen Fall einer Insol-
venz der ERGO Krankenversicherung AG die Ansprüche unserer
Kunden nach wie vor erfüllt werden. Die Aufgaben des Siche-
rungsfonds werden von der Medicator AG, Gustav-Heinemann-
Ufer 74c, 50968 Köln wahrgenommen.

2. Welche Leistungen erhalten Sie aus Ihrem Vertrag?

Vertragsgrundlage sind die Versicherungsbedingungen. Diese
enthalten abschließende Angaben zu den Leistungen. Im
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten fassen wir die
wichtigsten Bestimmungen noch einmal zusammen.

3. Welche Beiträge sind zu zahlen?

Der anfänglich zu zahlende Beitrag für Florian Ferdinand be-
trägt im **Tarif DS75** 10,15 Euro.
Hierbei handelt es sich um den Startbeitrag in der Altersgrup-
pe der versicherten Person. Der Startbeitrag beträgt die Hälfte
des Tarifbeitrags in der jeweiligen Altersgruppe und ist bis zur
Umstellung zum 01.08.2024 zu zahlen. Ab dann ist der Tarif-
beitrag in der jeweiligen Altersgruppe der versicherten Person
zu zahlen.
Der Startbeitrag berücksichtigt, dass in den ersten vier Versi-
cherungsjahren Leistungsbegrenzungen bestehen.

Der zu zahlende Beitrag beträgt ab dem 01.08.2024 derzeit
20,30 Euro und ab dem 01.12.2028 derzeit 27,90 Euro.

Der anfänglich zu zahlende Beitrag für Florian Ferdinand be-
trägt im **Tarif DS90** 3,30 Euro.
Hierbei handelt es sich um den Startbeitrag in der Altersgrup-
pe der versicherten Person. Der Startbeitrag beträgt die Hälfte
des Tarifbeitrags in der jeweiligen Altersgruppe und ist bis zur
Umstellung zum 01.08.2024 zu zahlen. Ab dann ist der Tarif-
beitrag in der jeweiligen Altersgruppe der versicherten Person
zu zahlen.

Der Startbeitrag berücksichtigt, dass in den ersten vier Versi-
cherungsjahren Leistungsbegrenzungen bestehen.

Der zu zahlende Beitrag beträgt ab dem 01.08.2024 derzeit
6,60 Euro und ab dem 01.12.2028 derzeit 9,60 Euro.

Der anfänglich zu zahlende Beitrag für Florian Ferdinand be-
trägt im **Tarif DS100** 4,40 Euro.
Hierbei handelt es sich um den Startbeitrag in der Altersgrup-
pe der versicherten Person. Der Startbeitrag beträgt die Hälfte
des Tarifbeitrags in der jeweiligen Altersgruppe und ist bis zur
Umstellung zum 01.08.2024 zu zahlen. Ab dann ist der Tarif-
beitrag in der jeweiligen Altersgruppe der versicherten Person
zu zahlen.

Der Startbeitrag berücksichtigt, dass in den ersten vier Versi-
cherungsjahren Leistungsbegrenzungen bestehen.

Der zu zahlende Beitrag beträgt ab dem 01.08.2024 derzeit
8,80 Euro und ab dem 01.12.2028 derzeit 13,40 Euro.

Der zu zahlende Beitrag für Florian Ferdinand beträgt im **Tarif**
DVB 9,90 Euro.

Der zu zahlende Beitrag für Florian Ferdinand beträgt im **Tarif**
DVE 5,90 Euro.

Die Beiträge sind monatlich zu zahlen.

Wie sich der zu zahlende Beitrag zusammensetzt, entnehmen
Sie bitte Ihren Vertragsunterlagen.

Die aktuell gültigen Beiträge in den jeweiligen Altersgruppen
sind im Anhang zu den Versicherungsbedingungen aufgeführt.

4. Welche Nebenkosten fallen zusätzlich zum Beitrag an?

Beim Vertragsschluss und während der Vertragslaufzeit fallen bei uns keine weiteren Kosten an.

Die Kosten, die Ihnen durch die Ermittlung und Feststellung der von uns zu erbringenden Leistungen entstehen, erstatten wir Ihnen insoweit als Ihre Aufwendungen den Umständen nach geboten waren. Diese Kosten erstatten wir Ihnen unabhängig von den Leistungsbegrenzungen. Kosten für die Zuziehung eines Sachverständigen oder eines Beistands erstatten wir Ihnen nur dann, wenn wir Sie hierzu aufgefordert haben.

5. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Die Beiträge sind ab Vertragsbeginn zu zahlen. Der erste Beitrag (**Erstbeitrag**) wird sofort mit Zustandekommen des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem 01.02.2024. Alle weiteren Beiträge (**Folgebeiträge**) sind jeweils zu Beginn der monatlichen Zahlungsperiode zu zahlen.

Die Zahlung der Beiträge erfolgt entweder durch Ihre Einzahlung auf unser Konto oder nach Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats.

6. Wie lange gilt unser Vertragsangebot?

Wir haben Ihnen über das Internet ein verbindliches Angebot unterbreitet. Dieses kann von Ihnen nur sofort online angenommen werden.

7. Wie kommt Ihr Vertrag zustande? Ab wann sind Sie versichert?

Ihr Vertrag kommt sofort über Internet zustande. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem 01.02.2024. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrags.

8. Können Sie Ihren Antrag widerrufen?

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 60 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungs-Schein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- die Widerrufsbelehrung nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG)
- sowie die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 VVG in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung in dieser Kundeninformation und im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

ERGO Krankenversicherung AG

Karl-Martell-Str. 60

90344 Nürnberg

Telefax: 0911 / 148 1539

E-Mail: kundenservice.kranken@ergo.de

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen gemäß den

gesetzlichen Vorgaben den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Den Teil der Beiträge, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall gemäß den gesetzlichen Vorgaben einbehalten; dabei handelt es sich um den anteiligen, sich aus den Vertragsunterlagen ergebenden Betrag. Über diese gesetzlichen Vorgaben hinaus erstatten wir im Falle des wirksamen Widerrufs stets gezahlte Beiträge nicht nur anteilig, sondern vollständig. Dies gilt nicht, wenn wir bereits länger als drei Monate Versicherungsschutz gewährt oder bereits Leistungen erbracht haben. Der Versicherer hat zurückzuzahlende 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.

Bitte beachten Sie die Widerrufsbelehrung in Ihrem Versicherungs-Schein.

9. Wie lange läuft Ihr Vertrag?

Der Vertrag ist unbefristet.

Endet der Versicherungsschutz für den zugehörigen Grundtarif, endet gleichzeitig auch der Versicherungsschutz nach Tarif DS90 bzw. DVE. Endet der Versicherungsschutz für den zugehörigen Grundtarif bzw. für den zugehörigen Zusatztarif, endet gleichzeitig auch der Versicherungsschutz nach Tarif DS100.

10. Können Sie Ihren Vertrag vorzeitig beenden?

Sie können jeweils zum Monatsende kündigen. Eine Frist ist nicht zu beachten.

Sie können Ihren Vertrag insgesamt oder für einzelne versicherte Personen kündigen. Versicherte Personen sind bei Kündigung ihres Versicherungsverhältnisses durch Sie oder bei Ihrem Tod berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis. Mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses endet der Versicherungsschutz auch für Versicherungsfälle, die zu diesem Zeitpunkt noch andauern (schwebende Versicherungsfälle).

11. Welches Recht und welche Sprache finden Anwendung?

Für die Vertragsanbahnung, den Abschluss und die Durchführung des Vertrags gilt deutsches Recht. Die Vertragssprache ist deutsch.

Versicherungsbedingungen für die Zahnersatzversicherung für gesetzlich Krankenversicherte ohne Gesundheitsfragen – Vertragsgrundlagen Tarife DS75, DS90, DS100

Versicherungsfall und Leistungen

- 1 Welche Leistungen erbringen wir und was ist nicht versichert?
- 2 Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls zu beachten und welche Folgen hat die Verletzung dieser Obliegenheiten?
- 3 An wen und wann erbringen wir die Leistung?
- 4 Wann können Sie einen Tarifwechsel verlangen?

Versicherungsschutz und Beitrag

- 5 Wann beginnt der Versicherungsschutz?
- 6 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
- 7 Wann kann der Vertrag gekündigt werden bzw. wann endet der Vertrag?

Versicherungsfall und Leistungen

1 Welche Leistungen erbringen wir und was ist nicht versichert?

- 1.1 Ihre Zahnersatzversicherung umfasst je nach dem Inhalt der vertraglichen Vereinbarung den Tarif DS75 oder die Tarife DS75, DS90 oder die Tarife DS75, DS90, DS100. Den Umfang Ihres Versicherungsschutzes entnehmen Sie Ihrem Versicherungsschein und den Vertragsunterlagen.

Der **Versicherungsfall** ist die medizinisch notwendige zahnärztliche Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen.

Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für

- Zahnersatzmaßnahmen und
- Schmerzausschaltung.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn aus medizinischen Gründen keine Heilbehandlung mehr erforderlich ist. Wird eine Heilbehandlung auf eine andere Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt, so entsteht ein neuer Versicherungsfall. Voraussetzung ist, dass die Krankheit oder Unfallfolge mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt.

Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie Erstattungen Dritter werden angerechnet. Zu den Erstattungen Dritter gehören z. B. Erstattungen etwaiger anderer Zahnzusatzversicherungen.

Anrechenbare Vorleistung der GKV ist der Betrag, den die GKV als Erstattungsbetrag für die aus den Tarifen erstattungsfähigen Maßnahmen vorsieht und erbringt.

Erbringt die GKV eine für die Zahnersatzmaßnahme an sich vorgesehene Leistung nach der

Weitere Regelungen

- 8 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf den Vertrag beziehen?
- 9 An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?
- 10 Welches Recht gilt und welches Gericht ist zuständig?
- 11 Können sich Ihre Versicherungsbedingungen zukünftig ändern?
- 12 Wann verjähren die Ansprüche?

GKV-Festzuschuss-Richtlinie nicht, z. B. weil die Behandlung durch Zahnärzte bzw. Ärzte ohne kassenärztliche Zulassung oder im Ausland erfolgt oder bei Verzicht auf die Inanspruchnahme von Leistungen der GKV, so werden als Vorleistung der GKV pauschal 35 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen angerechnet. Eventuell zu tragende Eigenanteile wie z. B. Verwaltungskostenanteile oder Selbstbehalte mindern die anrechenbare Vorleistung nicht. Allein Leistungen der GKV begründen keinen Anspruch aus diesen Tarifen.

Versicherungsfähig und versicherbar sind nur Personen, die in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Versicherungsschutz nach dem Zusatztarif DS90 besteht nur und solange Versicherungsschutz nach dem zugehörigen **Grundtarif DS75** gegeben ist.

Versicherungsschutz nach dem Zusatztarif DS100 besteht nur und solange Versicherungsschutz nach dem zugehörigen **Grundtarif DS75** und dem zugehörigen **Zusatztarif DS90** gegeben ist.

Zahnersatzmaßnahmen

Dazu zählen

- Kronen, Teilkronen, Overlays, Veneers,
- Einlagefüllungen (Inlays, Onlays),
- Brücken,
- Prothesen,
- implantatgetragener Zahnersatz,
- Implantate,
- Verblendungen von Kronen, Teilkronen, Overlays, Einlagefüllungen, Brücken, Prothesen, implantatgetragenen Zahnersatz, jeweils bis Zahn 8 (unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit)

einschließlich

- notwendig werdender Reparaturen des Zahnersatzes zur Wiederherstellung dessen Funktionsfähigkeit,
- der Eingliederung von Provisorien,
- Aufbissbehelfen und Schienen im unmittelbaren Zusammenhang mit der Zahnersatzmaßnahme,
- vorbereitender diagnostischer, therapeutischer, funktionstherapeutischer und funktionsanalytischer Leistungen im unmittelbaren Zusammenhang mit der Zahnersatzmaßnahme,
- Knochenaufbau im unmittelbaren Zusammenhang mit der Zahnersatzmaßnahme,
- zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien, die bei den oben genannten Zahnersatzmaßnahmen anfallen.

Voraussetzung für unsere Leistung ist, dass die jeweilige Maßnahme bei bestehendem Versicherungsschutz erstmals angeraten und durchgeführt wird. Für bei Vertragsschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne (auch fehlende Milchzähne oder Nichtanlagen) besteht kein Versicherungsschutz.

Schmerzausschaltung

Dazu zählen

- Narkosen (Vollnarkosen, Sedierung),
- Akupunktur und Hypnose

zur Schmerzausschaltung. Die Aufwendungen erstatten wir unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit.

Voraussetzung ist jedoch, dass die Schmerzausschaltung bei bestehendem Versicherungsschutz im unmittelbaren Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen, kieferorthopädischen oder kieferchirurgischen Heilbehandlung erfolgt. Die Narkose muss zudem durch Narkoseärzte bzw. Zahnärzte, die Akupunktur und Hypnose durch einen Zahnarzt durchgeführt werden.

Nicht erstattungsfähig sind Zahnerhaltmaßnahmen (wie z. B. Knirscherschienen; Kunststofffüllungen; Vorsorge- und Prophylaxe-Maßnahmen wie u. a. Mundhygiene, Fissurenversiegelung, Fluoridbehandlung, Parodontosebehandlung, professionelle Zahnreinigung) und Kieferorthopädiemaßnahmen.

Tarife DS75, DS90, DS100

Die versicherte Person kann einen niedergelassenen approbierten Zahnarzt oder Arzt frei wählen.

Sie kann auch Einrichtungen aufsuchen, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter vorgesehen sind, dies sind z. B. zugelassene medizinische Versorgungszentren.

Im Rahmen der Tarife DS75 und DS90 sind die Aufwendungen für erbrachte Leistungen erstattungsfähig, soweit die **Gebühren im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ)** bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen liegen und den dortigen Vorschriften entsprechen.

Besteht Versicherungsschutz nach den Tarifen DS75, DS90 und DS100, sind aus dem Tarif DS100 auch die Gebühren, die über die festgesetzten Höchstsätze der jeweils gültigen GOZ bzw. GOÄ hinausgehen, **bis zum 5,0-fachen Gebührensatz (GOZ bzw. GOÄ)** für die

Leistungen dieser Tarife erstattungsfähig, soweit die Gebühren den dortigen Vorschriften entsprechen. Die Leistungen aus den Tarifen DS75 und DS90 werden angerechnet.

Mit dem Grundtarif DS75 sichern Sie sich:

- **75 Prozent** der erstattungsfähigen Aufwendungen einschließlich anrechenbarer Vorleistungen der GKV sowie Erstattungen Dritter, wenn hierfür vollständig oder teilweise privat(zahn)ärztliche Vergütungsanteile nach GOZ bzw. GOÄ berechnet werden (höherwertige Zahnersatzversorgung und Schmerzausschaltung).
- **100 Prozent** der erstattungsfähigen Aufwendungen einschließlich anrechenbarer Vorleistungen der GKV sowie Erstattungen Dritter, wenn hierfür keine privat(zahn)ärztlichen Vergütungsanteile nach GOZ bzw. GOÄ berechnet werden (Regelversorgung bei Zahnersatz).
- **100 Prozent** der erstattungsfähigen Aufwendungen einschließlich anrechenbarer Vorleistungen der GKV sowie Erstattungen Dritter, soweit die Aufwendungen auf einen bei bestehendem Versicherungsschutz eingetretenen Unfall zurückzuführen sind. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Mit dem Zusatztarif DS90 erhöhen Sie Ihren Versicherungsschutz gegenüber dem Grundtarif DS75 von 75 Prozent auf:

- **90 Prozent** der erstattungsfähigen Aufwendungen einschließlich den Leistungen aus dem Grundtarif DS75, einschließlich anrechenbarer Vorleistungen der GKV sowie einschließlich Erstattungen Dritter, sofern Ihre Gesamtabsicherung nach dem Grundtarif insgesamt nicht zu einer höheren Leistung führt.

Mit dem Zusatztarif DS100 erhöhen Sie Ihren Versicherungsschutz gegenüber dem Grundtarif DS75 und dem Zusatztarif DS90 von 90 Prozent auf:

- **100 Prozent** der erstattungsfähigen Aufwendungen einschließlich den Leistungen aus dem Grundtarif DS75 und dem Zusatztarif DS90, anrechenbarer Vorleistungen der GKV sowie Erstattungen Dritter, sofern Ihre Gesamtabsicherung nach dem Grundtarif insgesamt nicht zu einer höheren Leistung führt.
- Außerdem zahlen wir aus dem Zusatztarif DS100 eine **Fahrkostenpauschale von 50 Euro** nach zahnmedizinisch bedingter Vollnarkose und Sedierung. Die Leistung erfolgt, wenn aus der vorliegenden Rechnung die Durchführung einer Vollnarkose bzw. Sedierung erkennbar ist. Fahrkostenbelege sind nicht einzureichen.

Leistungsbegrenzungen in den Tarifen DS75, DS90 und DS100

Für die Leistungen aus den **Tarifen DS75, DS90 und DS100 bestehen innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre jeweils Leistungsbegrenzungen**. So beträgt die Gesamtleistung je versicherter Person:

In Tarif DS75

- im ersten Versicherungsjahr höchstens 500 Euro;

- in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens 1.000 Euro;
- in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen höchstens 1.500 Euro;
- in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen höchstens 2.000 Euro.

In Tarif DS90

- im ersten Versicherungsjahr höchstens 250 Euro;
- in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens 500 Euro;
- in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen höchstens 750 Euro;
- in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen höchstens 1.000 Euro.

In Tarif DS100

- im ersten Versicherungsjahr höchstens 250 Euro;
- in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens 500 Euro;
- in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen höchstens 750 Euro;
- in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen höchstens 1.000 Euro.

Für die Tarife DS75, DS90, DS100 gilt:

- Mit Ablauf des jeweiligen vierten Versicherungsjahres bestehen diese Leistungsbegrenzungen nicht mehr.
- Für Aufwendungen, die auf einen bei bestehendem Versicherungsschutz eingetretenen Unfall zurückzuführen sind, entfallen die Leistungsbegrenzungen in den ersten vier Versicherungsjahren. Werden in diesem Fall Leistungen erbracht, werden diese nicht auf die oben genannten Begrenzungen angerechnet.

1.2 Kein Versicherungsschutz besteht für:

- Zahnärztliche bzw. ärztliche Maßnahmen sowie zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen. In diesen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
- Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.
- Von Ihnen oder einer versicherten Person vorsätzlich herbeigeführte Versicherungsfälle und Unfälle einschließlich deren Folgen.

1.3 Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Beginn des jeweiligen Tarifs. In den Tarifen DS90 und DS100 endet das jeweilige erste Versicherungsjahr mit dem Versicherungsjahr des zugehörigen Grundtarifs DS75. Die Leistungen werden dabei dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung durchgeführt wurde.

1.4 Bei vorübergehenden Aufenthalten in anderen Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) sowie in der Schweiz besteht Versicherungsschutz. Wir sind jedoch höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die wir bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen

würden. Dies gilt entsprechend, wenn eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat der EU bzw. des EWR verlegt. Bei Aufenthalten in Staaten außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz.

1.5 Die in ausländischer Währung entstandenen Aufwendungen rechnen wir in Euro um. Maßgeblich ist der Kurs des Tages, an dem wir die Belege erhalten. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen ohne Referenzkurse gilt der Kurs nach dem jeweils neuesten Stand der „Devisenkursstatistik“. Diese veröffentlicht die Deutsche Bundesbank. Wenn die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden, so gilt dieser Kurs. Voraussetzung hierfür ist, dass Sie dies durch Bankbeleg nachweisen.

2 Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten und welche Folgen hat die Verletzung dieser Obliegenheiten?

Ohne die Mitwirkung des Anspruchstellers können wir das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen nicht feststellen. Damit wir den Leistungsfall prüfen können, bestehen folgende Obliegenheiten:

- 2.1 Werden Leistungen aus den Tarifen geltend gemacht, sind in der GKV vorgesehene Leistungen sowie Erstattungsansprüche gegen Dritte in Anspruch zu nehmen. Sämtliche Belege (z. B. Zahnarztrechnung, Material- und Laborkostenrechnung etc.) sind mit Erstattungsvermerk der GKV einzureichen. Es muss ggf. auch die Höhe der Erstattungen Dritter vermerkt sein. Die Belege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person tragen. Die Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen müssen spezifiziert sein. Nachweise von Kosten für zahntechnische Leistungen sind ebenfalls einzureichen. Wir können die Vorlage von Originalbelegen verlangen. Die vorgelegten Nachweise werden unser Eigentum.
- 2.2 Sie und die versicherte Person müssen jede Auskunft erteilen, die zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Auf unser Verlangen muss die versicherte Person die behandelnden Zahnärzte bzw. Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbinden. Die Erhebung der Gesundheitsdaten erfolgt nur, wenn jeweils in die einzelne Datenerhebung eingewilligt wird. Die versicherte Person muss sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Zahnarzt bzw. Arzt untersuchen lassen.
- 2.3 Haben Sie oder eine versicherte Person Schadensersatzansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, sind diese an uns abzutreten. Die Abtretung ist begrenzt auf die Höhe unserer Leistung. Diese Regelung ist unabhängig von einem gesetzlichen Forderungsübergang. Ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht darf ohne unsere Zustimmung nicht aufgegeben werden. Lebt die Person, gegen die sich Ihr Ersatzanspruch richtet, mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft, können wir diesen nicht geltend machen. Maßgeblicher Zeitpunkt hierfür ist der Eintritt des Versicherungsfalles. Dies gilt nicht, wenn diese Person den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

- 2.4 Die versicherte Person hat nach Möglichkeit alles für ihre Genesung zu tun und Handlungen zu unterlassen, die dieser hinderlich sind.
- 2.5 Wir erstatten den Umständen nach gebotene Aufwendungen, die Ihnen für die Ermittlung und Feststellung unserer Leistungspflicht entstehen. Diese Kosten erstatten wir Ihnen unabhängig von den Leistungsbegrenzungen. Kosten für die Zuziehung eines Sachverständigen oder eines Beistands erstatten wir Ihnen nur dann, wenn wir Sie hierzu aufgefördert haben.
- 2.6 Bei Verletzung einer dieser Obliegenheiten können sich erhebliche rechtliche Nachteile ergeben. Dabei gilt:
Bei vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung geht der Leistungsanspruch verloren. Bei grob fahrlässiger Verletzung können wir die Leistung kürzen. Diese Kürzung richtet sich im Verhältnis nach der Schwere Ihres Verschuldens. Die Kürzung kann bis zur vollständigen Leistungsfreiheit führen. Wird die Obliegenheit nachweislich nicht grob fahrlässig verletzt, bleibt der Leistungsanspruch bestehen.
Ist die Verletzung der Obliegenheit nachweislich weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich, leisten wir. Wir leisten auch, wenn wir Sie nicht durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben. Bei arglistiger Obliegenheitsverletzung verlieren Sie den Leistungsanspruch in jedem Fall.
Die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person werden Ihnen zugerechnet.

3 An wen und wann erbringen wir die Leistung?

- 3.1 Leistungen können nur Sie als Versicherungsnehmer verlangen. Sie können jedoch uns gegenüber in Textform die versicherte Person als Empfangsberechtigten benennen. Haben Sie uns gegenüber die versicherte Person als Empfangsberechtigten benannt, kann ausschließlich die versicherte Person die Leistung verlangen. Eine Verpändung von Leistungsansprüchen ist nicht zulässig.
- 3.2 Die Leistungen überweisen wir kostenfrei auf ein uns zu nennendes Konto. Bei Überweisungen in das Ausland trägt der Zahlungsempfänger das hiermit verbundene Risiko sowie die anfallenden Kosten.
- 3.3 Die Leistungen sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen. Sind diese einen Monat nach Anzeige des Versicherungsfalls nicht beendet, können Sie Abschlagszahlungen bis zur Höhe der voraussichtlichen Mindestleistung verlangen. Hierbei zählt der Zeitraum nicht mit, in dem wir die Erhebungen durch ein Verschulden des Anspruchstellers nicht beenden können.

4 Wann können Sie einen Tarifwechsel verlangen?

Sie können einen Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus diesem Vertrag erworbenen Rechte verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach dem neuen Tarif erfüllt. Wir sind zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Soweit die Leistungen in

dem neuen Tarif, in den die versicherte Person wechseln möchte, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, können wir für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Die Vereinbarung eines Risikozuschlags können Sie dadurch abwenden, dass Sie hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbaren.

Versicherungsschutz und Beitrag

5 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz besteht, sobald der Vertrag zustande gekommen ist, frühestens jedoch zu dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung.

6 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

- 6.1 Die vereinbarten Beiträge sind ab Vertragsbeginn zu zahlen. Der erste Beitrag (**Erstbeitrag**) wird sofort mit Zustandekommen des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn. Alle weiteren Beiträge (**Folgebeiträge**) sind jeweils zu Beginn der vereinbarten Zahlungsperiode zu zahlen.
- 6.2 Im Lastschriftverfahren sind Sie nur soweit zur Übermittlung ausstehender und zukünftiger Beiträge verpflichtet, wie wir Sie in Textform hierzu auffordern. Wir sind dann nicht mehr zum Beitragseinzug verpflichtet. Sie müssen im Lastschriftverfahren sicherstellen, dass wir den Beitrag am Fälligkeitstag einziehen können. Zudem darf einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen werden. Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden wiederholt nicht einziehen, ist die Zahlung rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform erteilten Zahlungsaufforderung erfolgt.
- 6.3 Wird kein SEPA-Mandat erteilt, erfolgt die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn Sie fristgerecht alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht. Sie übermitteln die Beiträge auf Ihre Gefahr und Kosten.
- 6.4 Können wir den Erstbeitrag nicht rechtzeitig einziehen oder zahlen Sie diesen nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten. Wir können dies nur solange die Zahlung nicht bewirkt ist. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Dies müssen Sie nachweisen.
Ist der Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, besteht kein Anspruch auf die Leistung. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn Sie die Nichtzahlung nachweislich nicht zu vertreten haben. Haben Sie uns ein SEPA-Mandat erteilt, besteht auch bei Nichtzahlung des Erstbeitrags Versicherungsschutz. Dies gilt nicht, wenn die Bank den Einzug des Beitrags zum Fälligkeitstag mangels Kontodeckung nicht durchgeführt hätte.
- 6.5 Können wir einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig einziehen oder zahlen Sie diesen nicht rechtzeitig, erhalten Sie eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Frist von mindestens zwei Monaten. Begleichen Sie den Rückstand nicht fristgerecht, können wir den Vertrag kündigen. Tritt der Versiche-

rungsfall nach Fristablauf ein und waren Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Beitragszahlung in Verzug, sind wir leistungsfrei. Auf die Rechtsfolgen weisen wir Sie im Mahnschreiben umfassend hin. Die Kündigung können wir für den Fall der Nichtzahlung der Beiträge bereits im Mahnschreiben erklären.

6.6 Nur soweit ein Anspruch von Ihnen gegen uns anerkannt oder rechtskräftig festgestellt ist, können Sie mit diesem gegen unsere Beitragsforderungen aufrechnen.

6.7 Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie Ihrem jeweils gültigen Versicherungsschein. Er richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person bei Eintritt in den jeweiligen Tarif (Eintrittsalter). Das Eintrittsalter ist die Anzahl der bei Vertragsbeginn vollendeten Lebensjahre. Für Personen, die das 21., 26., 31., 41., 51., 61., 71., 81. bzw. 91. Lebensjahr vollenden, ist vom Beginn des folgenden Monats an der ihrem Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen. Wir informieren Sie über die aktuell gültigen Beiträge der einzelnen Altersgruppen im Anhang zu diesem Druckstück. Die Beiträge können sich aufgrund einer Beitragsanpassung nach Ziffer 6.8 ändern.

In den ersten sechs Monaten nach Vertragsbeginn ist ein Startbeitrag zu zahlen. Dieser beträgt die Hälfte des jeweiligen Tarifbeitrags der Altersgruppe der versicherten Person.

Bei Wechsel aus einem Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz rechnen wir die in dem bisherigen Tarif bereits zurückgelegte Versicherungszeit an. Die sechsmonatige Startbeitragsphase reduziert sich dann um die angerechnete Versicherungszeit. Dies gilt auch bei Umstellung aus einem Zahnzusatztarif mit befristeter Vertragslaufzeit.

6.8 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung des tatsächlichen Schadensbedarfs gegenüber der technischen Berechnungsgrundlage und der sich daraus errechneten Beiträge sind wir berechtigt, die Beiträge entsprechend den berechtigten Berechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen überprüft und der Beitragsanpassung zugestimmt hat. Wir vergleichen dazu zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Dies führen wir für die jeweils eine Beobachtungseinheit der Tarife DS75, DS90, DS100 separat durch. Ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, überprüfen wir die Beiträge und passen sie, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders an. Die Neufestsetzung des Beitrags wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe folgt.

7 Wann kann der Vertrag gekündigt werden bzw. wann endet der Vertrag?

7.1 **Jeder im Versicherungsvertrag eingeschlossene Tarif kann jeweils durch Kündigung beendet werden. Die Kündigung wird nur und erst dann wirksam, wenn uns Ihre Kündigungserklärung in Textform zugeht. Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis**

einer mitversicherten Person, wird die Kündigung nur und erst dann wirksam, wenn die versicherte Person Kenntnis von der Kündigungserklärung erlangt hat.

7.2 **Sie können den Versicherungsschutz insgesamt oder nur für einzelne versicherte Personen ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen.**

7.3 **Erreicht eine versicherte Person ein bestimmtes Lebensalter mit der Folge, dass ein höherer Beitrag einer anderen Altersgruppe zu zahlen ist, können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten rückwirkend zum Zeitpunkt der Beitragsänderung kündigen.**

Erhöhen wir die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel gemäß Ziffer 6.8 oder vermindern wir unsere Leistung gemäß Ziffer 11.2, können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

7.4 **Ihr Vertrag endet spätestens mit Ihrem Tod. Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.**

7.5 **Versicherte Personen sind bei Kündigung ihres Versicherungsverhältnisses durch Sie oder bei Ihrem Tod berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären. Diese Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten ab dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person Kenntnis von ihrem Recht erlangt, abzugeben. Der Beitrag ist ab Fortsetzung des Vertrags zu leisten.**

7.6 Auf unser ordentliches Kündigungsrecht verzichten wir. Das Versicherungsverhältnis können wir damit nur außerordentlich kündigen (z. B. bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung). Beschränken wir unsere Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife, können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Zugang unserer Kündigung die Aufhebung des gesamten Vertrags zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird.

Wird der Vertrag wegen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung von uns wirksam gekündigt, kann die versicherte Person die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers erklären; der Beitrag ist ab Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu leisten. Wir informieren die versicherte Person in Textform über die Kündigung des Vertrags und dem Recht zur Fortsetzung ihres Versicherungsverhältnisses. Dieses Recht der versicherten Person endet zwei Monate, nachdem sie davon Kenntnis erlangt hat.

7.7 **Endet der Versicherungsschutz für den zugehörigen Grundtarif DS75, endet gleichzeitig auch der Versicherungsschutz für die Zusatztarife DS90 und DS100.**

Endet der Versicherungsschutz für den Zusatztarif DS90, endet gleichzeitig auch der Versicherungsschutz für den Zusatztarif DS100.

7.8 **Das Versicherungsverhältnis endet für die versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die**

Versicherungsfähigkeit entfällt. Sie sind verpflichtet, uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.

- 7.9 **Das Versicherungsverhältnis endet für die versicherte Person, wenn diese ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR verlegt. Sie sind verpflichtet, uns eine solche Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.**
- 7.10 **Mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses endet der Versicherungsschutz auch für Versicherungsfälle, die zu diesem Zeitpunkt noch andauern (schwebende Versicherungsfälle).**

Weitere Regelungen

8 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf den Vertrag beziehen?

- 8.1 Ihre den Vertrag betreffenden Mitteilungen können mündlich erfolgen. Es sei denn, etwas anderes wird ausdrücklich vereinbart (z. B. Textform) oder ist gesetzlich vorgeschrieben.
Die Vertragssprache ist deutsch.
- 8.2 Falls Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift oder Ihres Namens nicht mitteilen, gilt Folgendes: Es genügt für eine Ihnen gegenüber abzugebende Erklärung die Absendung eines Einschreibens an die letzte uns von Ihnen bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefs als zugegangen.

9 An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?

Wir nehmen am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil. Den Ombudsmann erreichen Sie wie folgt: Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de. Der Ombudsmann ist der außergerichtliche Streitschlichter für die private Kranken- und Pflegeversicherung. Er nimmt zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherten und ihren Versicherungsunternehmen neutral und unabhängig Stellung. Seine Entscheidungen sind für beide Seiten nicht bindend.

Für Verbraucher gilt: Haben Sie den Vertrag elektronisch geschlossen (z. B. über eine Internetseite oder per E-Mail), können Sie sich bei Beschwerden auch an die Plattform zur Online-Streitbeilegung der Europäischen Union wenden. Diese finden Sie unter ec.europa.eu/consumers/odr. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) - Sektor Versicherungsaufsicht. Die Adresse lautet: Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de. Auch an die BaFin können Sie Beschwerden richten.

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht Ihnen der Rechtsweg offen.

10 Welches Recht gilt und welches Gericht ist zuständig?

- 10.1 Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.
- 10.2 Klagen aus dem Vertrag gegen uns können Sie an das für Ihren Wohnsitz oder unseren Sitz zuständige Gericht richten. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder eines Vertragsstaats des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, können Sie sich ausschließlich an das für unseren Sitz zuständige Gericht in Deutschland wenden. Für Klagen gegen Sie ist das Gericht Ihres Wohnsitzes zuständig.

11 Können sich Ihre Versicherungsbedingungen zukünftig ändern?

- 11.1 Sind einzelne Bestimmungen dieser Versicherungsbedingungen unwirksam, berührt dies nicht die Geltung der übrigen Regelungen.
- 11.2 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können wir die Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen anpassen. Dies gilt nur, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen. Außerdem muss ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt haben. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats nach Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie wirksam. Erhöht sich hierdurch der Beitrag, können Sie kündigen. Dies ist nur innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung bei Ihnen möglich. Die Kündigung gilt zum Zeitpunkt, zu dem die Beitragserhöhung wirksam wird.
- 11.3 Wird durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch Verwaltungsakt der Aufsichtsbehörde eine Vertragsbestimmung für unwirksam erklärt, können wir eine neue Regelung festlegen. Voraussetzung ist, dass dies zur Vertragsfortführung notwendig ist oder ohne neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte entsteht. Hierbei sind die Interessen der jeweils anderen Vertragspartei zu berücksichtigen. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels Ihre Belange angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Vertragsbestandteil.

12 Wann verjähren die Ansprüche?

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren regelmäßig in drei Jahren. Die Berechnung der Frist richtet sich nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.

Die Verjährung ist für bei uns angemeldete Ansprüche gehemmt. Dies gilt von der Anmeldung bis zum Zugang unserer Entscheidung in Textform bei Ihnen.

Übersicht der monatlichen Beiträge in den jeweiligen Altersgruppen

Wir haben die folgenden Tarife nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Tarife nach Art der Schadenversicherung sind reine Risikotarife. Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Wir berechnen den Beitrag in diesen Tarifen nach Altersgruppen. Bei Erreichen einer neuen Altersgruppe haben Sie den jeweiligen Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel eine Beitragssteigerung zur Folge. Die Beiträge können sich auch durch eventuell erforderliche Beitragsanpassungen ändern.

Alter der versicherten Person	Tarif DS75 (Stand: 01.07.2022)	
	Startbeitrag	Tarifbeitrag
0 - 20	1,10 €	2,20 €
21 - 25	2,50 €	5,00 €
26 - 30	4,70 €	9,40 €
31 - 40	7,15 €	14,30 €
41 - 50	10,15 €	20,30 €
51 - 60	13,95 €	27,90 €
61 - 70	13,95 €	27,90 €
71 - 80	13,95 €	27,90 €
81 - 90	13,95 €	27,90 €
ab 91	13,95 €	27,90 €

Alter der versicherten Person	Tarif DS90 (Stand: 01.07.2022)	
	Startbeitrag	Tarifbeitrag
0 - 20	0,40 €	0,80 €
21 - 25	0,75 €	1,50 €
26 - 30	1,45 €	2,90 €
31 - 40	2,15 €	4,30 €
41 - 50	3,30 €	6,60 €
51 - 60	4,80 €	9,60 €
61 - 70	4,80 €	9,60 €
71 - 80	4,80 €	9,60 €
81 - 90	4,80 €	9,60 €
ab 91	4,80 €	9,60 €

Alter der versicherten Person	Tarif DS100 (Stand: 01.07.2022)	
	Startbeitrag	Tarifbeitrag
0 - 20	0,55 €	1,10 €
21 - 25	1,00 €	2,00 €
26 - 30	1,85 €	3,70 €
31 - 40	2,95 €	5,90 €
41 - 50	4,40 €	8,80 €
51 - 60	6,70 €	13,40 €
61 - 70	6,70 €	13,40 €
71 - 80	6,70 €	13,40 €
81 - 90	6,70 €	13,40 €
ab 91	6,70 €	13,40 €

Versicherungsbedingungen für die Zahnerhaltversicherung für gesetzlich Krankenversicherte ohne Gesundheitsfragen – Vertragsgrundlagen Tarife DVB, DVE

Versicherungsfall und Leistungen

- 1 Welche Leistungen erbringen wir und was ist nicht versichert?
- 2 Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls zu beachten und welche Folgen hat die Verletzung dieser Obliegenheiten?
- 3 An wen und wann erbringen wir die Leistung?
- 4 Wann können Sie einen Tarifwechsel verlangen?

Versicherungsschutz und Beitrag

- 5 Wann beginnt der Versicherungsschutz?
- 6 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
- 7 Wann kann der Vertrag gekündigt werden bzw. wann endet der Vertrag?

Versicherungsfall und Leistungen

1 Welche Leistungen erbringen wir und was ist nicht versichert?

- 1.1 Ihre Zahnerhaltversicherung umfasst je nach dem Inhalt der vertraglichen Vereinbarung den Tarif DVB oder die Tarife DVB, DVE. Den Umfang Ihres Versicherungsschutzes entnehmen Sie Ihrem Versicherungsschein und den Vertragsunterlagen.

Der **Versicherungsfall** ist die medizinisch notwendige zahnärztliche Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Als Versicherungsfall gelten auch die zahnmedizinisch notwendige Individualprophylaxe sowie zahnauflernde Maßnahmen.

Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für ambulante zahnärztliche Heilbehandlung und andere vereinbarte Leistungen.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn aus medizinischen Gründen keine Heilbehandlung mehr erforderlich ist. Wird eine Heilbehandlung auf eine andere Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt, so entsteht ein neuer Versicherungsfall. Voraussetzung ist, dass die Krankheit oder Unfallfolge mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt.

Voraussetzung für unsere Leistung ist, dass die jeweilige Maßnahme bei bestehendem Versicherungsschutz erstmals angeraten und durchgeführt wird.

Zusammen mit der Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie den Erstattungen Dritter erhalten Sie höchstens die erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt. Zu den Erstattungen Dritter gehören z. B. Erstattungen etwaiger anderer Zahnzusatzversicherungen.

Weitere Regelungen

- 8 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf den Vertrag beziehen?
- 9 An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?
- 10 Welches Recht gilt und welches Gericht ist zuständig?
- 11 Können sich Ihre Versicherungsbedingungen zukünftig ändern?
- 12 Wann verjähren die Ansprüche?

Anrechenbare Vorleistung der GKV ist der Betrag, den die GKV als Erstattungsbetrag für die aus den Tarifen erstattungsfähigen Maßnahmen vorsieht und erbringt. Eventuell zu tragende Eigenanteile wie z. B. Verwaltungskostenanteile oder Selbstbehalte mindern die anrechenbare Vorleistung nicht. Allein Leistungen der GKV begründen keinen Anspruch aus diesen Tarifen.

Versicherungsfähig und versicherbar sind nur Personen, die in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Versicherungsschutz nach dem Zusatztarif DVE besteht nur und solange Versicherungsschutz nach dem zugehörigen **Grundtarif DVB** gegeben ist.

1.1.1 Mit dem Grundtarif DVB sichern Sie sich

100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach etwaiger Vorleistung durch die GKV und Erstattungen Dritter verbleiben, für **Zahnerhaltmaßnahmen**.

Dazu zählen:

- Kunststofffüllungen (Kompositfüllungen),
- Knirscherschienen,
- Wurzelbehandlungen,
- Parodontosebehandlungen,
- Schleimhautbehandlungen

und die damit jeweils verbundenen zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien sowie die damit jeweils verbundenen funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen.

100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach etwaiger Vorleistung durch die GKV und Er-

stattungen Dritter verbleiben, für **eine zahnmedizinische Individualprophylaxemaßnahme** je Versicherungsjahr. Die Anzahl der erstattungsfähigen Maßnahmen ist auf eine Maßnahme je Versicherungsjahr begrenzt. Erstattungsfähig ist dabei ausschließlich der erste geltend gemachte Anspruch für ein jeweiliges Versicherungsjahr.

Erstattungsfähige Aufwendungen für zahnmedizinische Individualprophylaxemaßnahmen sind Aufwendungen für Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Dazu zählen insbesondere:

- Professionelle Zahnreinigung,
- die Erstellung des Mundhygienestatus, sowie die eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie die Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustands und die Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisungen,
- die Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- die Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- die Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen,
- die Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- die Fissurenversiegelung.

100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach etwaiger Vorleistung durch die GKV und Erstattungen Dritter verbleiben, für **Kieferorthopädiemaßnahmen**, bis zu einem Betrag von insgesamt höchstens 1.000 Euro während der Vertragslaufzeit.

Dazu zählen:

- Kieferorthopädie einschließlich privater Mehr- und Zusatzleistungen (z. B. Eingliederung von thermo- oder superelastischen Bögen, Eingliederung festsitzender Apparaturen wie z. B. eines Pendulums oder Einsatz eines festsitzenden Retainers nach der aktiven Behandlungsphase) sowie vorbereitender Maßnahmen,
- vom Kieferorthopäden im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Maßnahme durchgeführte funktionsanalytische, funktionstherapeutische Leistungen, Bracketumfeldversiegelungen und Zahnprophylaxe,
- zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, die bei den vorstehend aufgeführten kieferorthopädischen Leistungen anfallen.

Voraussetzung für unsere Leistung für Kieferorthopädie ist, dass die versicherte Person bei Beginn der Maßnahme das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsfall als Folge eines Unfalls eintritt.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet, die eine kieferorthopädische Behandlung medizinisch notwendig macht.

Erbringt die GKV ihre gesetzlich vorgesehene Leistung für die kieferorthopädische Maßnahme, zählt zu den anrechenbaren Vorleistungen auch der gesetz-

lich vorgesehene Versichertenanteil, der nach planmäßiger Beendigung der kieferorthopädischen Maßnahme von der GKV rückerstattet wird. Beendet eine versicherte Person eine kieferorthopädische Maßnahme, für die ihre GKV leistet, nicht planmäßig, muss sie den Versichertenanteil der GKV selbst tragen. Diesen Versichertenanteil ersetzen wir nicht.

Für die kieferorthopädischen Leistungen bestehen innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre Leistungsbegrenzungen. So beträgt die Leistung je versicherter Person:

- im ersten Versicherungsjahr höchstens **250 Euro**;
- in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens **500 Euro**;
- in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen höchstens **750 Euro**.

Für Aufwendungen, die auf einen bei bestehendem Versicherungsschutz eingetretenen Unfall zurückzuführen sind, entfallen die Leistungsbegrenzungen in den ersten drei Versicherungsjahren sowie die summenmäßige Begrenzung von 1.000 Euro. Werden in diesem Fall Leistungen erbracht, werden diese nicht auf die oben genannten Begrenzungen angerechnet.

1.1.2 Mit dem Zusatztarif DVE sichern Sie sich

100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach etwaiger Vorleistung durch die GKV und Erstattungen Dritter verbleiben, für:

- **weitere zahnmedizinische Individualprophylaxemaßnahmen** im Sinne von Ziffer 1.1.1,
- **Kieferorthopädiemaßnahmen** im Sinne von Ziffer 1.1.1 unter den dort genannten Voraussetzungen bis zu einem Betrag von weiteren insgesamt höchstens 1.000 Euro während der Vertragslaufzeit. Innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre bestehen Leistungsbegrenzungen. So beträgt die Leistung je versicherter Person:
 - im ersten Versicherungsjahr höchstens **250 Euro**;
 - in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens **500 Euro**;
 - in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen höchstens **750 Euro**,
- **Protrusionsschienen** („Schnarcherschienen“) innerhalb der ersten zwei Versicherungsjahre zusammen höchstens 100 Euro, danach innerhalb der jeweils nachfolgenden zwei Versicherungsjahre zusammen höchstens 250 Euro. Voraussetzung ist, dass die Behandlung von einem Zahnarzt bzw. unter seiner Aufsicht durchgeführt wird,
- **zahnaufhellende Maßnahmen** (Bleaching) innerhalb der ersten zwei Versicherungsjahre zusammen höchstens 100 Euro, danach innerhalb der jeweils nachfolgenden zwei Versicherungsjahre zusammen höchstens 250 Euro, sofern die Maßnahme medizinisch sinnvoll ist. Dies ist gegeben, wenn die Behandlung von einem Zahnarzt bzw. unter seiner Aufsicht durchgeführt wird. Weitere Voraussetzung ist, dass die versicherte Person bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet hat.

1.1.3 Für die Tarife DVB und DVE gilt:

Die versicherte Person kann einen niedergelassenen approbierten Zahnarzt oder Arzt frei wählen. Sie kann auch Einrichtungen aufsuchen, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter vorgesehen sind, dies sind z. B. zugelassene medizinische Versorgungszentren.

Im Rahmen des Tarifs DVB sind die Aufwendungen für erbrachte Leistungen erstattungsfähig, soweit die **Gebühren im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ)** bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen liegen und den dortigen Vorschriften entsprechen. Dies gilt auch für Individualprophylaxemaßnahmen nach Tarif DVE.

Besteht Versicherungsschutz nach den Tarifen DVB und DVE, sind aus dem Tarif DVE auch die Gebühren, die über die festgesetzten Höchstsätze der jeweils gültigen GOZ bzw. GOÄ hinausgehen, **bis zum 5,0-fachen Gebührensatz (GOZ bzw. GOÄ)** für die Leistungen dieser Tarife (außer für Individualprophylaxemaßnahmen) erstattungsfähig, soweit die Gebühren den dortigen Vorschriften entsprechen. Die Leistungen aus Tarif DVB werden angerechnet.

Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen (wie z. B. Inlays, Onlays, Kronen, Brücken, Prothesen, implantologische Maßnahmen).

1.2 Kein Versicherungsschutz besteht für:

- Zahnärztliche bzw. ärztliche Maßnahmen sowie zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen. In diesen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
- Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.
- Von Ihnen oder einer versicherten Person vorsätzlich herbeigeführte Versicherungsfälle und Unfälle einschließlich deren Folgen.

1.3 Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Beginn des jeweiligen Tarifs. Im Tarif DVE endet das erste Versicherungsjahr mit dem Versicherungsjahr des zugehörigen Grundtarifs DVB. Die Leistungen werden dabei dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung durchgeführt wurde.

1.4 Bei vorübergehenden Aufenthalten in anderen Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) sowie in der Schweiz besteht Versicherungsschutz. Wir sind jedoch höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die wir bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätten. Dies gilt entsprechend, wenn eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat der EU bzw. des EWR verlegt. Bei Aufenthalten in Staaten außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz.

1.5 Die in ausländischer Währung entstandenen Aufwendungen rechnen wir in Euro um. Maßgeblich ist

der Kurs des Tages, an dem wir die Belege erhalten. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen ohne Referenzkurse gilt der Kurs nach dem jeweils neuesten Stand der „Devisenkursstatistik“. Diese veröffentlicht die Deutsche Bundesbank. Wenn die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden, so gilt dieser Kurs. Voraussetzung hierfür ist, dass Sie dies durch Bankbeleg nachweisen.

2 Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten und welche Folgen hat die Verletzung dieser Obliegenheiten?

Ohne die Mitwirkung des Anspruchstellers können wir das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen nicht feststellen. Damit wir den Leistungsfall prüfen können, bestehen folgende Obliegenheiten:

- 2.1 Werden Leistungen aus den Tarifen geltend gemacht, sind in der GKV vorgesehene Leistungen sowie Erstattungsansprüche gegen Dritte in Anspruch zu nehmen. Sämtliche Belege (z. B. Zahnarztrechnung, Material- und Laborkostenrechnung etc.) sind mit Erstattungsvermerk der GKV einzureichen. Es muss ggf. auch die Höhe der Erstattungen Dritter vermerkt sein. Die Belege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person tragen. Die Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen müssen spezifiziert sein. Nachweise von Kosten für zahntechnische Leistungen sind ebenfalls einzureichen. Wir können die Vorlage von Originalbelegen verlangen. Die vorgelegten Nachweise werden unser Eigentum.
- 2.2 Sie und die versicherte Person müssen jede Auskunft erteilen, die zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Auf unser Verlangen muss die versicherte Person die behandelnden Zahnärzte bzw. Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbinden. Die Erhebung der Gesundheitsdaten erfolgt nur, wenn jeweils in die einzelne Datenerhebung eingewilligt wird. Die versicherte Person muss sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Zahnarzt bzw. Arzt untersuchen lassen.
- 2.3 Haben Sie oder eine versicherte Person Schadensersatzansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, sind diese an uns abzutreten. Die Abtretung ist begrenzt auf die Höhe unserer Leistung. Diese Regelung ist unabhängig von einem gesetzlichen Forderungsübergang. Ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht darf ohne unsere Zustimmung nicht aufgegeben werden. Lebt die Person, gegen die sich Ihr Ersatzanspruch richtet, mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft, können wir diesen nicht geltend machen. Maßgeblicher Zeitpunkt hierfür ist der Eintritt des Versicherungsfalles. Dies gilt nicht, wenn diese Person den Schaden vorsätzlich verursacht hat.
- 2.4 Die versicherte Person hat nach Möglichkeit alles für ihre Genesung zu tun und Handlungen zu unterlassen, die dieser hinderlich sind.
- 2.5 Wir erstatten den Umständen nach gebotene Aufwendungen, die Ihnen für die Ermittlung und Feststellung unserer Leistungspflicht entstehen. Diese

Kosten erstatten wir Ihnen unabhängig von den Leistungsbegrenzungen. Kosten für die Zuziehung eines Sachverständigen oder eines Beistands erstatten wir Ihnen nur dann, wenn wir Sie hierzu aufgefordert haben.

- 2.6 Bei Verletzung einer dieser Obliegenheiten können sich erhebliche rechtliche Nachteile ergeben. Dabei gilt:
Bei vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung geht der Leistungsanspruch verloren. Bei grob fahrlässiger Verletzung können wir die Leistung kürzen. Diese Kürzung richtet sich im Verhältnis nach der Schwere Ihres Verschuldens. Die Kürzung kann bis zur vollständigen Leistungsfreiheit führen. Wird die Obliegenheit nachweislich nicht grob fahrlässig verletzt, bleibt der Leistungsanspruch bestehen.
Ist die Verletzung der Obliegenheit nachweislich weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich, leisten wir. Wir leisten auch, wenn wir Sie nicht durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben. Bei arglistiger Obliegenheitsverletzung verlieren Sie den Leistungsanspruch in jedem Fall.
Die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person werden Ihnen zugerechnet.

3 An wen und wann erbringen wir die Leistung?

- 3.1 Leistungen können nur Sie als Versicherungsnehmer verlangen. Sie können jedoch uns gegenüber in Textform die versicherte Person als Empfangsberechtigten benennen. Haben Sie uns gegenüber die versicherte Person als Empfangsberechtigten benannt, kann ausschließlich die versicherte Person die Leistung verlangen. Eine Verpfändung von Leistungsansprüchen ist nicht zulässig.
- 3.2 Die Leistungen überweisen wir kostenfrei auf ein uns zu nennendes Konto. Bei Überweisungen in das Ausland trägt der Zahlungsempfänger das hiermit verbundene Risiko sowie die anfallenden Kosten.
- 3.3 Die Leistungen sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen.
Sind diese einen Monat nach Anzeige des Versicherungsfalls nicht beendet, können Sie Abschlagszahlungen bis zur Höhe der voraussichtlichen Mindestleistung verlangen. Hierbei zählt der Zeitraum nicht mit, in dem wir die Erhebungen durch ein Verschulden des Anspruchstellers nicht beenden können.

4 Wann können Sie einen Tarifwechsel verlangen?

Sie können einen Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus diesem Vertrag erworbenen Rechte verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach dem neuen Tarif erfüllt. Wir sind zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Soweit die Leistungen in dem neuen Tarif, in den die versicherte Person wechseln möchte, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, können wir für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Die Vereinbarung eines Risikozuschlags können Sie dadurch abwenden,

dass Sie hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbaren.

Versicherungsschutz und Beitrag

5 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz besteht, sobald der Vertrag zustande gekommen ist, frühestens jedoch zu dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung.

6 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

- 6.1 Die vereinbarten Beiträge sind ab Vertragsbeginn zu zahlen. Der erste Beitrag (**Erstbeitrag**) wird sofort mit Zustandekommen des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn. Alle weiteren Beiträge (**Folgebeiträge**) sind jeweils zu Beginn der vereinbarten Zahlungsperiode zu zahlen.
- 6.2 Im Lastschriftverfahren sind Sie nur soweit zur Übermittlung ausstehender und zukünftiger Beiträge verpflichtet, wie wir Sie in Textform hierzu auffordern. Wir sind dann nicht mehr zum Beitragseinzug verpflichtet. Sie müssen im Lastschriftverfahren sicherstellen, dass wir den Beitrag am Fälligkeitstag einziehen können. Zudem darf einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen werden. Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden wiederholt nicht einziehen, ist die Zahlung rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform erteilten Zahlungsaufforderung erfolgt.
- 6.3 Wird kein SEPA-Mandat erteilt, erfolgt die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn Sie fristgerecht alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht. Sie übermitteln die Beiträge auf Ihre Gefahr und Kosten.
- 6.4 Können wir den Erstbeitrag nicht rechtzeitig einziehen oder zahlen Sie diesen nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten. Wir können dies nur solange die Zahlung nicht bewirkt ist. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Dies müssen Sie nachweisen.
Ist der Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, besteht kein Anspruch auf die Leistung. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn Sie die Nichtzahlung nachweislich nicht zu vertreten haben. Haben Sie uns ein SEPA-Mandat erteilt, besteht auch bei Nichtzahlung des Erstbeitrags Versicherungsschutz. Dies gilt nicht, wenn die Bank den Einzug des Beitrags zum Fälligkeitstag mangels Kontodeckung nicht durchgeführt hätte.
- 6.5 Können wir einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig einziehen oder zahlen Sie diesen nicht rechtzeitig, erhalten Sie eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Frist von mindestens zwei Monaten. Begleichen Sie den Rückstand nicht fristgerecht, können wir den Vertrag kündigen. Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und waren Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Beitragszahlung in Verzug, sind wir leistungsfrei. Auf die Rechtsfolgen weisen wir Sie im Mahnschreiben umfassend hin. Die Kündigung können wir für den Fall der Nichtzahlung der Beiträge bereits im Mahnschreiben erklären.

- 6.6 Nur soweit ein Anspruch von Ihnen gegen uns anerkannt oder rechtskräftig festgestellt ist, können Sie mit diesem gegen unsere Beitragsforderungen aufrechnen.
- 6.7 Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie Ihrem jeweils gültigen Versicherungsschein. Er richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person bei Eintritt in den jeweiligen Tarif (Eintrittsalter). Das Eintrittsalter ist die Anzahl der bei Vertragsbeginn vollendeten Lebensjahre. Für Personen, die das 11. bzw. das 21. Lebensjahr vollenden, ist vom Beginn des folgenden Monats an der ihrem Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen. Wir informieren Sie über die aktuell gültigen Beiträge der einzelnen Altersgruppen im Anhang zu diesem Druckstück. Die Beiträge können sich aufgrund einer Beitragsanpassung nach Ziffer 6.8 ändern.
- 6.8 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung des tatsächlichen Schadensbedarfs gegenüber der technischen Berechnungsgrundlage und der sich daraus errechneten Beiträge sind wir berechtigt, die Beiträge entsprechend den berechtigten Berechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen überprüft und der Beitragsanpassung zugestimmt hat. Wir vergleichen dazu zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Dies führen wir für jede Beobachtungseinheit der Tarife DVB und DVE separat durch. In den Tarifen DVB und DVE gibt es jeweils die Beobachtungseinheiten
- Kinder/Jugendliche
 - Erwachsene.
- Ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 Prozent, überprüfen wir die Beiträge und passen sie, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders an. Die Neufestsetzung des Beitrags wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe folgt.
- 7 Wann kann der Vertrag gekündigt werden bzw. wann endet der Vertrag?**
- 7.1 **Jeder im Versicherungsvertrag eingeschlossene Tarif kann jeweils durch Kündigung beendet werden. Die Kündigung wird nur und erst dann wirksam, wenn uns Ihre Kündigungserklärung in Textform zugeht. Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis einer mitversicherten Person, wird die Kündigung nur und erst dann wirksam, wenn die versicherte Person Kenntnis von der Kündigungserklärung erlangt hat.**
- 7.2 **Sie können den Versicherungsschutz insgesamt oder nur für einzelne versicherte Personen ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen.**
- 7.3 **Erreicht eine versicherte Person ein bestimmtes Lebensalter mit der Folge, dass ein höherer Beitrag einer anderen Altersgruppe zu zahlen ist, können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der be-**

troffenen Person innerhalb von zwei Monaten rückwirkend zum Zeitpunkt der Beitragsänderung kündigen.

Erhöhen wir die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel gemäß Ziffer 6.8 oder vermindern wir unsere Leistung gemäß Ziffer 11.2, können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

- 7.4 **Ihr Vertrag endet spätestens mit Ihrem Tod. Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.**
- 7.5 **Versicherte Personen sind bei Kündigung ihres Versicherungsverhältnisses durch Sie oder bei Ihrem Tod berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären. Diese Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten ab dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person Kenntnis von ihrem Recht erlangt, abzugeben. Der Beitrag ist ab Fortsetzung des Vertrags zu leisten.**
- 7.6 Auf unser ordentliches Kündigungsrecht verzichten wir. Das Versicherungsverhältnis können wir damit nur außerordentlich kündigen (z. B. bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung). Beschränken wir unsere Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife, können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Zugang unserer Kündigung die Aufhebung des gesamten Vertrags zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird. Wird der Vertrag wegen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung von uns wirksam gekündigt, kann die versicherte Person die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers erklären; der Beitrag ist ab Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu leisten. Wir informieren die versicherte Person in Textform über die Kündigung des Vertrags und dem Recht zur Fortsetzung ihres Versicherungsverhältnisses. Dieses Recht der versicherten Person endet zwei Monate, nachdem sie davon Kenntnis erlangt hat.
- 7.7 **Endet der Versicherungsschutz für den zugehörigen Grundtarif DVB, endet gleichzeitig auch der Versicherungsschutz für den Zusatztarif DVE.**
- 7.8 **Das Versicherungsverhältnis endet für die versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt. Sie sind verpflichtet, uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.**
- 7.9 **Das Versicherungsverhältnis endet für die versicherte Person, wenn diese ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR verlegt. Sie sind verpflichtet, uns eine solche Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.**
- 7.10 **Mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses endet der Versicherungsschutz auch für Versicherungsfälle, die zu diesem Zeitpunkt noch andauern (schwebende Versicherungsfälle).**

Weitere Regelungen

8 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf den Vertrag beziehen?

- 8.1 Ihre den Vertrag betreffenden Mitteilungen können mündlich erfolgen. Es sei denn, etwas anderes wird ausdrücklich vereinbart (z. B. Textform) oder ist gesetzlich vorgeschrieben.

Die Vertragssprache ist deutsch.

- 8.2 Falls Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift oder Ihres Namens nicht mitteilen, gilt Folgendes: Es genügt für eine Ihnen gegenüber abzugebende Erklärung die Absendung eines Einschreibens an die letzte uns von Ihnen bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefs als zugegangen.

9 An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?

Wir nehmen am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil. Den Ombudsmann erreichen Sie wie folgt: Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de. Der Ombudsmann ist der außergerichtliche Streitschlichter für die private Kranken- und Pflegeversicherung. Er nimmt zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherten und ihren Versicherungsunternehmen neutral und unabhängig Stellung. Seine Entscheidungen sind für beide Seiten nicht bindend.

Für Verbraucher gilt: Haben Sie den Vertrag elektronisch geschlossen (z. B. über eine Internetseite oder per E-Mail), können Sie sich bei Beschwerden auch an die Plattform zur Online-Streitbeilegung der Europäischen Union wenden. Diese finden Sie unter ec.europa.eu/consumers/odr. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) - Sektor Versicherungsaufsicht. Die Adresse lautet: Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de. Auch an die BaFin können Sie Beschwerden richten.

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht Ihnen der Rechtsweg offen.

10 Welches Recht gilt und welches Gericht ist zuständig?

- 10.1 Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

- 10.2 Klagen aus dem Vertrag gegen uns können Sie an das für Ihren Wohnsitz oder unseren Sitz zuständige Gericht richten. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder eines Vertragsstaats des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, können Sie sich ausschließlich an das für unseren Sitz zuständige Gericht in Deutschland wenden.

Für Klagen gegen Sie ist das Gericht Ihres Wohnsitzes zuständig.

11 Können sich Ihre Versicherungsbedingungen zukünftig ändern?

- 11.1 Sind einzelne Bestimmungen dieser Versicherungsbedingungen unwirksam, berührt dies nicht die Geltung der übrigen Regelungen.

- 11.2 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können wir die Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen anpassen. Dies gilt nur, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen. Außerdem muss ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt haben. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats nach Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie wirksam. Erhöht sich hierdurch der Beitrag, können Sie kündigen. Dies ist nur innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung bei Ihnen möglich. Die Kündigung gilt zum Zeitpunkt, zu dem die Beitragserhöhung wirksam wird.

- 11.3 Wird durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch Verwaltungsakt der Aufsichtsbehörde eine Vertragsbestimmung für unwirksam erklärt, können wir eine neue Regelung festlegen. Voraussetzung ist, dass dies zur Vertragsfortführung notwendig ist oder ohne neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte entsteht. Hierbei sind die Interessen der jeweils anderen Vertragspartei zu berücksichtigen. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels Ihre Belange angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Vertragsbestandteil.

12 Wann verjähren die Ansprüche?

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren regelmäßig in drei Jahren. Die Berechnung der Frist richtet sich nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.

Die Verjährung ist für bei uns angemeldete Ansprüche gehemmt. Dies gilt von der Anmeldung bis zum Zugang unserer Entscheidung in Textform bei Ihnen.

Übersicht der monatlichen Beiträge in den jeweiligen Altersgruppen

Wir haben die folgenden Tarife nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Tarife nach Art der Schadenversicherung sind reine Risikotarife. Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Wir berechnen den Beitrag in diesen Tarifen nach Altersgruppen. Bei Erreichen einer neuen Altersgruppe haben Sie den jeweiligen Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel eine Beitragssteigerung zur Folge. Die Beiträge können sich auch durch eventuell erforderliche Beitragsanpassungen ändern.

Alter der versicherten Person	Tarif DVB (Stand: 01.07.2022)
0 - 10	3,20 €
11 - 20	14,40 €
ab 21	9,90 €

Alter der versicherten Person	Tarif DVE (Stand: 01.07.2022)
0 - 10	1,90 €
11 - 20	6,30 €
ab 21	5,90 €

Datenschutzhinweise bei Beantragung des Versicherungsvertrages

Hiermit informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Diese und weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie im Internet unter ergo.de/datenschutz.

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich?

ERGO Krankenversicherung AG
Karl-Martell-Str. 60
90344 Nürnberg
Telefon 0800 / 444 1000
Fax 0911 7040 7041
E-Mail-Adresse beratung@ergo.de

Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie unter der o.g. Adresse oder unter: datenschutz.beauftragter@ergo.de

Für welche Zwecke und auf welcher Rechtsgrundlage werden Ihre Daten verarbeitet?

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren.

Wenn Sie sich bei uns versichern möchten, benötigen wir Ihre Daten für den Abschluss des Vertrages (im Bedarfsfall zur Identitätsprüfung) und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten, um Ihnen die Police auszustellen oder eine Rechnung zu schicken. Angaben in Schaden- und Leistungsfällen benötigen wir um zu prüfen, wie Sie sich im Detail abgesichert haben und welche Leistungen Sie von uns erhalten. Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages sind ohne die Verarbeitung Ihrer Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z.B. für die Entwicklung neuer Versicherungsprodukte oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Wir nutzen zudem ausgewählte Daten aller innerhalb der ERGO Gruppe¹ bestehender Verträge für die Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise, um Sie gezielt bei einer Vertragsanpassung oder -ergänzung zu beraten. Sie sind auch die Grundlage für einen umfassenden Kundenservice.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten, z.B. Ihre Gesundheitsdaten, erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann z. B. erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur bedarfsgerechten Werbung für eigene Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der ERGO Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Optimierung unserer internen Abläufe, z. B. bei der Eingangsbearbeitung. Wir nutzen dabei automatische Systeme, um nachvollziehen zu können, welche Dokumente und Mitteilungen uns erreichen und analysieren diese mit dem Ziel, die weitere Bearbeitung zu beschleunigen, Angaben aus den Dokumenten in unsere digitalen Systeme zu überführen und die interne Zuteilung von Vorgängen zu verbessern,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten. Insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können,

¹ zu finden unter ergo.de/datenschutz

- zu Analysezielen auf Kundengruppenebene,
- zum Abgleich gegen die sogenannten „Terrorlisten“ bzw. „US-Sanktionslisten“, um sicherzustellen, dass keine Gelder oder sonstigen wirtschaftlichen Ressourcen für terroristische Zwecke bereitgestellt werden. Aufgrund der europäischen Antiterrorverordnungen 2580/2001 und 881/2002 sind wir zum Datenabgleich sogar gesetzlich verpflichtet.

Wir verarbeiten die Daten jeweils zu den Zwecken, über die wir bei der Erhebung informiert haben und in bestimmten Situationen darüber hinaus auch für weitere, damit vereinbare Zwecke im Rahmen der gesetzlichen Regelungen auf Basis der oben genannten Rechtsgrundlagen. So werden z. B. eingehende Dokumente nicht nur verarbeitet, um den konkreten Vorgang zu bearbeiten, sondern zugleich, um unsere internen Systeme anhand der Vorgänge zu optimieren.

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. Dies ist möglich, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation hieraus Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen. Dazu gehören z. B. aufsichtsrechtliche Vorgaben, handels- und steuerrechtliche Aufbewahrungspflichten oder unsere Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

An welche Empfänger leiten wir Ihre personenbezogenen Daten weiter?

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei spezialisierten Versicherungsunternehmen - den sogenannten Rückversicherern. 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.

Vermittler:

Werden Sie von einem Vermittler betreut, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Daten. Diese Daten gibt der Vermittler an uns weiter. Wir übermitteln im Gegenzug auch Daten an Ihren Vermittler, soweit der Vermittler diese Informationen zu Ihrer persönlichen Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigt.

Datenverarbeitung in der ERGO Gruppe:

Innerhalb der ERGO Gruppe werden bestimmte Aufgaben in der Datenverarbeitung zentral wahrgenommen. Wenn Sie bei einem oder mehreren Unternehmen der ERGO Gruppe versichert sind, können Ihre Daten also durch ein Unternehmen der ERGO Gruppe verarbeitet werden, beispielsweise aus folgenden Gründen: zur Verwaltung von Adressen, für den Kundenservice, zu Marketingzwecken, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso, für Analysezielen auf Kundengruppenebene oder zur gemeinsamen Postbearbeitung. In der Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen. Die jeweils aktuelle Version können Sie auf unserer Internetseite einsehen.

Externe Dienstleister:

Wir arbeiten mit ausgewählten externen Dienstleistern zusammen, um unsere vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zu erfüllen. In der Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, zu denen wir dauerhafte Geschäftsbeziehungen haben. Die jeweils aktuelle Version können Sie auf unserer Internetseite einsehen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir verpflichtet sein, Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger zu übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden und Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen).

Welche anderen Datenquellen nutzen wir?

Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Wir müssen Risiken beurteilen können, Sachverhalte aufklären, Leistungsansprüche prüfen und den Missbrauch von Versicherungen bekämpfen. Dazu nutzen wir ebenso wie die gesamte Versicherungswirtschaft das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH. Mit dem HIS tauschen wir also bestimmte personenbezogene Daten aus.

Frühere Versicherer

Es kommt vor, dass wir mit Ihrem früheren Versicherer erforderliche personenbezogene Daten austauschen. Wenn Sie z.B. bei Abschluss des Versicherungsvertrages Ihren bisherigen Schadensfreiheitsrabatt in der Kfz-Haftpflichtversicherung mitnehmen möchten. Oder wenn wir z.B. Ihre Angaben in einem Schadens- oder sonstigen Versicherungsfall prüfen oder ergänzen müssen.

Welche Daten tauschen wir aus?

- Name, Vorname
- Adresse
- Geburtsdatum

Müssen wir Gesundheitsdaten abfragen, holen wir stets zuvor Ihre Einwilligung ein.

Datenaustausch mit Ihrem Arbeitgeber

Sofern Ihr Arbeitgeber für Sie als Mitarbeiter eine Gruppenversicherung bei uns abschließt, meldet er Sie zur Versicherung an. Hierbei teilt er uns Ihren Namen, Ihre Adresse, Ihr Geburtsdatum und Ihr Geschlecht mit.

Bonitätsauskünfte

Wie viele andere Unternehmen auch prüfen wir das allgemeine Zahlungsverhalten z.B. von neuen Kunden, die wir noch nicht so gut kennen. Das ist ein übliches Prozedere in der Geschäftswelt, bei dem wir Informationen über eine Auskunft einholen.

Wie übermitteln wir Daten ins außereuropäische Ausland?

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

Sind auch automatisierte Einzelfallentscheidungen möglich?

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie auf Grundlage des zu versichernden Risikos.

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten entscheiden wir vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf den geltenden Tarifbedingungen und werden dem Grunde und der Höhe nach vorgenommen.

Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Wir speichern Ihre Daten während der Laufzeit Ihres Vertrags. Darüber hinaus speichern wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung von gesetzlichen Nachweis- und Aufbewahrungspflichten. Diese ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Aufbewahrungsfristen betragen bis zu zehn Jahre.

Falls der Versicherungsvertrag nicht zu Stande kommt, löschen wir Ihre Antragsdaten drei Jahre nach Antragstellung.

Welche Rechte haben Sie?

Sie haben neben dem Widerspruchsrecht, ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung Ihrer Daten und auf Einschränkung der Verarbeitung. Wir stellen Ihnen die von Ihnen bereitgestellten Daten auf

Wunsch in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zur Verfügung. Falls Sie Daten einsehen oder etwas ändern wollen, wenden Sie sich bitte an die vorgenannte Adresse.

Möchten Sie sich über den Umgang mit Ihren Daten beschweren?

Sie haben die Möglichkeit, sich an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)
Promenade 18
91522 Ansbach

Kundeninformation bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr (gemäß § 312i BGB in Verbindung mit Art. 246c Einführungsgesetz zum Bürgerlichen Gesetzbuch)

1. Welche technischen Schritte führen zum Vertragsschluss?

Sie werden durch den Onlineabschluss geführt. Erst wenn Sie auf den Button "Online abschließen – zahlungspflichtiger Vertrag" klicken, ist Ihr Onlineabschluss verbindlich und die Daten werden uns übermittelt. Sie können Ihre Vertragsdaten bei Bedarf vor Anklicken des Buttons ausdrucken. Abschließend sehen Sie die Bestätigungsseite.

2. Können gemachte Eingaben vor dem Abschluss der Versicherung geändert werden?

Sind Sie unsicher, ob Sie überall richtige Angaben gemacht haben, können Sie vor Abschluss der Versicherung jederzeit Ihre Angaben prüfen und ändern. Mit Hilfe des Buttons „zurück“ können Sie an der jeweiligen Stelle die nötigen Korrekturen vornehmen.

3. Werden Ihre Vertragsdaten und der Vertragstext nach dem Vertragsschluss gespeichert?

Die von Ihnen eingegebenen Vertragsdaten und der Vertragstext werden von der ERGO Direkt AG und der ERGO Krankenversicherung AG gespeichert. Als Versicherungsnehmer haben Sie die Möglichkeit, Ihre Vertragsunterlagen online einzusehen. Bitte melden Sie sich dazu bei „Meine Versicherungen“, dem persönlichen Kundenbereich der ERGO Versicherungsgruppe, an. Nutzen Sie diese Möglichkeit nicht, bekommen Sie beim Abschluss einer Versicherung den Versicherungsschein mit den wesentlichen Vertragsbestandteilen per Post zugesandt.

4. Welche Sprachen stehen zur Verfügung?

Es steht ausschließlich die deutsche Sprache zur Verfügung.

5. Welche Verhaltensregeln gelten für uns?

Wir sind dem „Verhaltenskodex des GDV e.V. für den Vertrieb von Versicherungsprodukten“ beigetreten. Diesen finden Sie unter: www.gdv.de/de/themen/news/verhaltenskodex-fuer-den-vertrieb-11518.

Außerdem sind wir den „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (Code of Conduct)“ beigetreten. Diese finden Sie unter: www.ergo.de/Datenschutz.

Informationen

gemäß § 15 Versicherungsvermittlungsverordnung zum Vermittler:

Vermittler ist die ERGO Direkt AG,
Karl-Martell-Str. 60, 90344 Nürnberg.
Telefon: 0800 / 666 9000,
Fax: 0911 7040 7041,
E-Mail: beratung@ergo.de,
Sitz: Fürth, eingetragen im Handelsregister des Amtsgerichts Fürth unter HRB 17076;
Vorstand: Dr. Sebastian Rapsch (Vorsitzender), John-Paul Pieper.

Die ERGO Direkt AG ist als gebundener Versicherungsvertreter der ERGO Krankenversicherung AG mit Erlaubnis nach § 34d Abs. 7 GewO bei der IHK für München und Oberbayern gemeldet und im Vermittlerregister unter der Register-Nr. D-GUZL-9MVR8-34 eingetragen. Das öffentliche Versicherungsvermittlerregister, bei dem die Registrierung überprüft werden kann, wird geführt von der Gemeinsamen Stelle nach § 11a Abs. 1 GewO: Deutsche Industrie- und Handelskammer (DIHK), Breite Str. 29, 10178 Berlin, Telefon: 0180 600 585 0 (0,20 EUR/Anruf). Ein Registerabruf ist unter www.vermittlerregister.info möglich.

Derzeit Vertretung folgender Versicherungsgesellschaften: ERGO Krankenversicherung AG, ERGO Direkt Versicherung AG, ERGO Versicherung AG, ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG, DKV Deutsche Krankenversicherung AG, ERGO Reiseversicherung AG.

Die ERGO Direkt AG hält keine direkten oder indirekten Beteiligungen an den Stimmrechten oder am Kapital eines Versicherungsunternehmens. Die ERGO Digital Ventures AG hält unmittelbar 100 % des Grundkapitals an der ERGO Krankenversicherung AG, der ERGO Direkt Versicherung AG sowie der ERGO Direkt AG und verfügt unmittelbar über jeweils 100 % der Stimmrechte an diesen Gesellschaften. Die ERGO Group AG hält über die ERGO Digital Ventures AG mittelbar 100 % des Grundkapitals an der ERGO Krankenversicherung AG, der ERGO Direkt Versicherung AG sowie der ERGO Direkt AG und verfügt somit mittelbar über 100 % der Stimmrechte an diesen Gesellschaften. Die ERGO Group AG hält direkt 100 % des Grundkapitals an der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, der ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG sowie der ERGO Reiseversicherung AG und verfügt unmittelbar über jeweils 100 % der Stimmrechte an diesen Gesellschaften.

Bei Streitigkeiten können – je nach betroffener Versicherung – alternativ folgende Schlichtungsstellen angerufen werden:

- Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, Tel. Nr.: 0800 2550444, Fax-Nr.: 030 20458931, www.pkv-ombudsmann.de, sofern es um Streitigkeiten im Zusammenhang mit privaten Kranken- oder Pflegeversicherungen geht.
- Der Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin, Tel. Nr.: 0800 3696000, Fax-Nr.: 0800 3699000, E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de, www.versicherungsombudsmann.de, sofern es um Streitigkeiten im Zusammenhang mit anderen privaten Versicherungen (außer privaten Krankenversicherungen, Kreditversicherungen, Rückversicherungen) geht.
- Information zur Online-Streitbeilegung: Die Europäische Kommission stellt zusätzlich eine Plattform für die außergerichtliche Online-Streitbeilegung (OS-Plattform) bereit, die unter www.ec.europa.eu/consumers/odr aufrufbar ist. Die OS-Plattform dient als Anlaufstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten betreffend vertragliche Verpflichtungen, die aus online abgeschlossenen Verträgen erwachsen.

Die ERGO Direkt AG bietet Beratung an.

Die der ERGO Direkt AG beim Vertrieb von Versicherungen entstehenden Kosten werden ihr von dem jeweiligen Versicherer, dessen Produkt vertrieben wird, in Höhe des tatsächlichen Aufwands erstattet. Zusätzlich erhält die ERGO Direkt AG von den Versicherern eine vom Erfolg ihrer Vermittlungstätigkeit unabhängige Vergütung, deren Höhe von den Kosten ihrer Vertriebstätigkeiten abhängt. Das heißt für die erfolgreiche Vermittlung Ihres bzw. eines Versicherungsvertrags bekommt die ERGO Direkt AG keine zusätzliche Vergütung. Alle Kostenerstattungs- und Vergütungsansprüche sind bereits in der Versicherungsprämie enthalten und müssen von Ihnen nicht gesondert gezahlt werden.