

Janitos Zahnzusatz- versicherung dentalplus Kundeninformation

- Annahmerichtlinien
- Vorvertragliche Anzeigepflicht
- Produktinformationsblatt (IPID)
- Allgemeine Kundeninformation
inkl. Widerrufsbelehrung
- Datenschutz-Informationsblatt
- Dienstleisterliste
- Bedingungsmerk



Annahmerichtlinien zur Janitos Zahnzusatzversicherung JA dental 75plus, JA dental 90plus und JA dental 100plus

(Stand: 01.07.2024)

Tarife:	<ul style="list-style-type: none"> • JA dental 75plus • JA dental 90plus • JA dental 100plus
Abschlussmöglichkeiten (mögliche Kombinationen)	Die Tarife JA dental 75plus, JA dental 90plus und JA dental 100plus können lediglich mit dem JA stationär plus kombiniert werden.
Versicherbarer Personenkreis	Versicherbar sind alle Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland und bestehender deutscher Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV). Die Beiträge in der Krankenversicherung werden nach Art der Schadenversicherung kalkuliert, eine Altersrückstellung wird nicht gebildet. Für jedes Alter werden – unabhängig vom Geschlecht – Altersgruppen gebildet. Jeweils im April eines jeden neuen Versicherungsjahres ändert sich das für die Beitragsabrechnung maßgebende Alter und die Beitragsberechnung erfolgt anhand des dann gültigen Alters der versicherten Person.
Beitragsberechnung/ Altersgruppenwechsel	
Berechnung des Eintrittsalters	Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen Kalender- und Geburtsjahr.
Versicherungsbeginn	Der Versicherungsbeginn darf ab Antragsstellung maximal 6 Monate in der Zukunft liegen. Eine Rückdatierung des Versicherungsbeginns ist nicht möglich.
Beitragszahlweise	Die Zahlweise kann jährlich, halbjährlich, vierteljährlich und monatlich erfolgen, sofern eine Mindestzahlrate von 5,- Euro erreicht wird. Ratenzahlungszuschläge werden nicht erhoben. Eine Versicherungssteuer fällt bei Krankenversicherungsprodukten nicht an.
Beitragszahlart	Bei Vertragsabschluss kann als Beitragszahlart nur das Lastschriftinzugsverfahren gewählt werden.
Beitragsrabatte	Rabatte können auf KV-Produkte nicht eingeräumt werden.
Mindestaufnahmealter	Für die KV-Produkte gilt ein Mindestaufnahmealter von 21 Jahren.
Höchstaufnahmealter	Für die KV-Produkte gilt kein Höchstaufnahmealter. Die Beiträge sind in der Übersicht bis Alter 100 ausgewiesen.
Mindestvertragslaufzeit	Für die Krankenversicherungstarife gilt eine Mindestvertragslaufzeit von zwei Jahren.
Kündigung/Vertragsbeendigung	<ul style="list-style-type: none"> • Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht • Kündigung durch VN mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf des Versicherungsjahres (§ 13 Abs. 1 AVB/JS) • Kündigungsrecht VN aufgrund Beitragsgruppenänderung innerhalb von zwei Monaten nach Änderung (§ 13 Abs. 3 AVB/JS) • Kündigungsrecht VN aufgrund Beitragsanpassungsklausel innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Mitteilung bzw. bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung (§ 13 Abs. 4 AVB/JS) • Tod des VN oder der versicherten Person (§ 15 Abs. 1 AVB/JS) • Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb EU (§ 15 Abs. 3 AVB/JS) • Beendigung der Versicherung in der GKV (§ 15 Abs. 4 AVB/JS)
Tarifwechselrecht	Ein Tarifwechsel ist zur Hauptfälligkeit möglich. Bei Höherstufung kann der Versicherer für die Mehrleistung eine Gesundheitsprüfung durchführen und insoweit auch Leistungsausschlüsse oder Risikozuschläge verlangen.
Wartezeiten	Für die Krankenversicherung gelten Wartezeiten. Diese rechnen vom Versicherungsbeginn an, sie entfallen bei Unfällen. Für die Tarife JA dental 75plus, JA dental 90plus und JA dental 100plus gelten generell keine Wartezeiten.
Beitragszuschläge aufgrund Vorerkrankungen	Beitragszuschläge sind nicht vorgesehen.

Aufnahmefähiger Personenkreis	In Ergänzung zu o. g. Versicherungsfähigkeit sind Personen aufnahmefähig für die kein zusätzlicher Versicherungsschutz für zahnärztliche Behandlung in Deutschland besteht.	
Vorhandener Zahnersatz / fehlende Zähne / Zahnbetterkrankung	Nicht versicherbar sind Personen: <ul style="list-style-type: none"> • mit vorhandener voll- oder teilprothetischer Versorgung (herausnehmbarer Zahnersatz) • mit festsitzendem Zahnersatz (Krone, Implantate, In-/Onlays oder Brückenglieder) für 6 oder mehr Zähne • mit fehlenden Zähnen • mit einer Zahnbetterkrankung (Parodontose / Parodontitis), die in den letzten 3 Jahren vor Vertragsabschluss eine Behandlung erforderlich machte Angeratene oder begonnene Zahnbehandlungen/Zahnersatzmaßnahmen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.	
Leistungsstaffel (gilt nicht für Zahnprophylaxe)	JA dental 75plus und JA dental 90plus: 1.000 Euro im ersten Kalenderjahr, 2.000 Euro in den ersten zwei Kalenderjahren, 3.000 Euro in den ersten drei Kalenderjahren 4.000 Euro in den ersten vier Kalenderjahren.	JA dental 100plus: 1.500 Euro im ersten Kalenderjahr, 3.000 Euro in den ersten zwei Kalenderjahren, 4.500 Euro in den ersten drei Kalenderjahren, 6.000 Euro in den ersten vier Kalenderjahren.

MITTEILUNG NACH § 19 ABS. 5 VVG ÜBER DIE FOLGEN EINER VERLETZUNG DER GESETZLICHEN ANZEIGEPFLICHT

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die Antragsfragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Janitos Versicherung, Heidelberg, schriftlich nachzuholen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

WELCHE VORVERTRAGLICHEN ANZEIGEPFLICHTEN BESTEHEN?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

WELCHE FOLGEN KÖNNEN EINTRETEN, WENN EINE VORVERTRAGLICHE ANZEIGEPFLICHT VERLETZT WIRD?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand – weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles – noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Auch insoweit können Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Unternehmen: Janitos Versicherung AG
Bundesrepublik Deutschland

Produkt:
Janitos Zahnzusatzversicherung

Dieses Blatt dient nur Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen eine private Zahnzusatzversicherung nach Art der Schadenversicherung an. Dieser Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).



Was ist versichert?

Die Versicherungsleistung ist abhängig von der gewählten Produktlinie:

JA dental 75plus:

Im Versicherungsfall erstatten wir Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen, insbesondere bei:

Versorgung mit Zahnersatz:

- ✓ Zusammen mit der Vorleistung der GKV 100%, sofern nur die GKV-Regelversorgung gewählt wird.
- ✓ Zusammen mit der Vorleistung der GKV 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen, sofern eine höherwertige Versorgung als die Regelversorgung gewählt wird.
- ✓ Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen in Zusammenhang mit Zahnersatz sind zu 100% versichert.

Zahnbehandlung und Zahnprophylaxe:

- ✓ Zusammen mit einer eventuellen Vorleistung der GKV 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen. Leistungen für Zahnprophylaxe (z.B. professionelle Zahnreinigung) und zahnauhellende Maßnahmen (Bleaching) sind zusammen begrenzt auf 120 Euro pro Kalenderjahr.

Kieferorthopädie:

- ✓ Sofern die Behandlung aufgrund eines nach Versicherungsbeginn stattgefundenen Unfalls notwendig wird: Zusammen mit der Vorleistung der GKV 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen, maximal 1.500 Euro je Versicherungsfall.

JA dental 90plus:

Im Versicherungsfall erstatten wir Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen, insbesondere bei:

Versorgung mit Zahnersatz:

- ✓ Zusammen mit der Vorleistung der GKV 100%, sofern nur die GKV-Regelversorgung gewählt wird.
- ✓ Zusammen mit der Vorleistung der GKV 90% der erstattungsfähigen Aufwendungen, sofern eine höherwertige Versorgung als die Regelversorgung gewählt wird.
- ✓ Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen in Zusammenhang mit Zahnersatz sind zu 100% versichert.

Zahnbehandlung und Zahnprophylaxe:

- ✓ Zusammen mit einer eventuellen Vorleistung der GKV 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen. Leistungen für Zahnprophylaxe (z.B. professionelle Zahnreinigung) und zahnauhellende Maßnahmen (Bleaching) sind begrenzt auf 180 Euro pro Kalenderjahr.

Kieferorthopädie:

- ✓ Sofern die Behandlung aufgrund eines nach Versicherungsbeginn stattgefundenen Unfalls notwendig wird: Zusammen mit einer eventuellen Vorleistung der GKV 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen, maximal 2.000 Euro je Versicherungsfall.

JA dental 100plus:

Im Versicherungsfall erstatten wir Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen, insbesondere bei:

Versorgung mit Zahnersatz:

- ✓ Zusammen mit der Vorleistung der GKV 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen, dies gilt auch für im Zusammenhang stehende funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen.

Zahnbehandlung und Zahnprophylaxe:

- ✓ Zusammen mit einer eventuellen Vorleistung der GKV 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen. Aufwendungen für zahnauhellende Maßnahmen (Bleaching) sind begrenzt auf 300 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren.

Kieferorthopädie:

- ✓ Sofern die Behandlung aufgrund eines nach Versicherungsbeginn stattgefundenen Unfalls notwendig wird: Zusammen mit einer eventuellen Vorleistung der GKV 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen, maximal 2.500 Euro je Versicherungsfall.



Was ist nicht versichert?

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:

- ✗ Nicht medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen
- ✗ Vor Vertragsschluss bereits begonnene oder angeratene Behandlungen
- ✗ Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen, die vorsätzlich von der versicherten Person verursacht wurden.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Grundsätzliche Beschränkungen bestehen zum Beispiel:

- ! Innerhalb der ersten vier Kalenderjahre nach Versicherungsbeginn (Zahnstaffel): Es gelten summenmäßige Begrenzungen für alle zahnärztlichen Behandlungen außer Zahnprophylaxe, sofern die zahnärztliche Behandlung nicht aufgrund eines nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalls notwendig wird. Die Höhe der Begrenzungen ist von Ihrem gewählten Tarif abhängig.
- ! Sofern die GKV nur deshalb nicht leistet, weil ein Zahnarzt ohne Kassenzulassung gewählt wird, rechnen wir eine fiktive Vorleistung der GKV an. Die prozentuale Höhe der fiktiven Vorleistung ist von Ihrem gewählten Tarif abhängig.
- ! Nicht erstattungsfähig sind Gebühren, die die Höchstsätze der GOZ bzw. GOÄ übersteigen.
- ! Ein mit der GKV gemäß § 53 SGB V vereinbarter Selbstbehalt wird nicht erstattet.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf zahnärztliche Behandlungen in Europa.
- ✓ Während der ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außerEuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen zum Beispiel folgende Pflichten:

Vor Vertragsschluss:

- ✓ Sie müssen für alle versicherten Personen die vom Versicherer gestellten Fragen im Rahmen der Gesundheitsprüfung wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.

Nach Vertragsschluss:

- ✓ Sie müssen die Versicherungsbeiträge rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- ✓ Sie müssen uns bei Eintritt des Versicherungsfalles alle zur Feststellung des Versicherungsfalles sowie unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlichen Auskünfte erteilen und überlassen uns die Unterlagen, die wir hierfür benötigen.



Wann und wie zahle ich?

Den Versicherungsbeitrag bezahlen Sie monatlich. Den ersten Monatsbeitrag müssen Sie 14 Tage nach Erhalt des Versicherungsscheins bezahlen, es sei denn, der Versicherungsbeginn ist erst nach diesem Zeitpunkt. In diesem Fall muss der Erstbeitrag spätestens zum Versicherungsbeginn bei uns eingegangen sein. Wann Sie die weiteren Monatsbeiträge bezahlen müssen, ist im Versicherungsschein genannt. Die Monatsbeiträge sind gemäß der vereinbarten Zahlungsart (in der Regel Einzug per SEPA-Lastschrift) zu entrichten.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- ✓ Der Versicherungsschutz beginnt zum im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.
- ✓ Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Jahre und verlängert sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr.
- ✓ Der Versicherungsschutz endet zum Beispiel dann, wenn die Versicherung in der GKV für die versicherte Person endet. Er endet auch, wenn die versicherte Person stirbt.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag zum Ablauf der Mindestvertragsdauer und zum Ablauf jedes Verlängerungsjahres kündigen. Die Kündigung muss dem Versicherer spätestens drei Monate vor den genannten Zeitpunkten zugegangen sein. Zusätzlich bestehen weitere Kündigungsrechte, sofern sich zum Beispiel ihr Beitrag erhöht.

Allgemeine Kundeninformation

INFORMATIONEN ZUM VERSICHERER

Gesellschaftsangaben und ladungsfähige Anschrift

Janitos Versicherung AG

Rechtsform	Aktiengesellschaft
Registergericht und -nummer	Handelsregister Mannheim/HRB 336562
Steuernummer	Ust-ID: DE 814582874
Vorsitzender des Aufsichtsrats	Thomas Bischof
Vorstand	Frank Bettermann Emanuel Issagholian Hadani
Postanschrift/Hausanschrift	Postfach 10 41 69 69031 Heidelberg Im Breitspiel 2-4 69126 Heidelberg
Ladungsfähige Anschrift	siehe Postanschrift/Hausanschrift

Gothaer Allgemeine Versicherung AG

Risikoträger der Wohnmobil- und Wohnwagenversicherung	
Rechtsform	Aktiengesellschaft
Registergericht und -nummer	Handelsregister Köln / HRB 21433
Steuernummer	Ust-ID: DE122786654
Vorsitzender des Aufsichtsrats	Prof. Dr. Werner Görg
Vorstand	Thomas Bischof (Vorsitzender) Dr. Mathias Bühring-Uhle Dr. Sylvia Eichelberg Harald Ingo Epple Dr. Andreas Eurich Frank Lamsfuß Christian Ritz Oliver Schoeller Alina vom Bruck
Postanschrift/Hausanschrift	Gothaer Allee 1, 50969 Köln
Ladungsfähige Anschrift	siehe Postanschrift/Hausanschrift

HDI Versicherung AG

Risikoträger und Hersteller der Berufshaftpflichtversicherung	
Rechtsform	Aktiengesellschaft
Registergericht und -nummer	Handelsregister Hannover/B 58934
Steuernummer	Ust-ID: DE 8135966643
Vorsitzender des Aufsichtsrats	Dr. Martin Weldi
Vorstand	Dr. Daniel Schulze Lammers (Vorsitzender) Norbert Eickermann Thomas Lüer Jens Warkentin
Postanschrift/Hausanschrift	HDI-Platz 1, 30659 Hannover
Ladungsfähige Anschrift	siehe Postanschrift/Hausanschrift

DEURAG Deutsche Rechtsschutz Versicherung AG

Risikoträger der Rechtsschutzkomponente in der Privathaftpflichtversicherung Best Selection und Premium	
Rechtsform	Aktiengesellschaft
Registergericht und -nummer	Handelsregister Wiesbaden/HRB 3995
Steuernummer	Ust-ID: DE 811344831
Vorsitzender des Aufsichtsrats	Fabian Schneider
Vorstand	Stephan Mielke Markus Spigiel
Postanschrift/Hausanschrift	Abraham-Lincoln-Str. 3, 65189 Wiesbaden
Ladungsfähige Anschrift	siehe Postanschrift/Hausanschrift

Zusätzliche Informationen: www.janitos.de/phv-rechtsschutz

Inter Partner Assistance S.A. Direktion für Deutschland

Risikoträger des Online-Schutzes im Rahmen der Hausrat- und Privathaftpflichtversicherung sowie des Produktbausteins JurDrive in der Kraftfahrzeugversicherung	
Rechtsform	Aktiengesellschaft
Registergericht und -nummer	Handelsregister Köln/HRB 89668
Steuernummer	Ust-ID: DE 129274544
Hauptbevollmächtigter	Alexander Hofmann
Postanschrift/Hausanschrift	Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln
Ladungsfähige Anschrift	siehe Postanschrift/Hausanschrift

Zuständige Aufsichtsbehörde

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Bereich Versicherungen
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn

Ansprechpartner zur außergerichtlichen Schlichtung

Ihre individuelle, persönliche und kompetente Beratung ist unser Ziel. Sollten Sie dennoch einmal nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte an das Beschwerdemanagement der Janitos Versicherung AG.

Janitos Versicherung AG

Beschwerdemanagement
Im Breitspiel 2-4
69126 Heidelberg
Fon: +49 6221 709 1460

Die Janitos Versicherung AG nimmt am außergerichtlichen Streitbelegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teil. Zuständige Verbraucherschlichtungsstelle ist der:

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 08 06 32
10006 Berlin
www.versicherungsombudsmann.de

OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22
10052 Berlin
www.pkv-ombudsmann.de

Hier können Sie außergerichtlich Beschwerde eingelegen. Hiervon unberührt bleibt Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

INFORMATIONEN ZUR VERSICHERUNGSLEISTUNG UND ZUM GESAMTBEITRAG

Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, wie Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Versicherungsleistungen sowie die Gesamtprämie (Gesamtpreis und eingerechnete Kosten) haben wir Ihnen bereits im Produktinformationsblatt bzw. im Vorschlag zu Ihrer Versicherung genannt.

INFORMATIONEN ZUM VERTRAG

Gültigkeitsdauer von Vorschlägen und sonstigen vorvertraglichen Angaben

Grundsätzlich haben die Ihnen für den Abschluss eines Versicherungsvertrages zur Verfügung gestellten Informationen eine befristete Gültigkeitsdauer. Dies gilt sowohl bei unverbindlichen Werbemaßnahmen (Broschüren, Annoncen etc.) als auch bei Vorschlägen und sonstigen Preisangaben. Sofern in den Unterlagen keine Gültigkeitsdauer angegeben ist, halten wir uns an die gemachten Angaben 6 Wochen gebunden. Danach unterbreiten wir gerne einen neuen Vorschlag.

Bindefrist

Sie sind an Ihren Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages einen Monat gebunden.

Zustandekommen des Vertrags

Grundsätzlich kommt der Versicherungsvertrag durch Ihre und unsere inhaltlich übereinstimmende Vertragserklärungen (Willenserklärungen) zustande, wenn Sie Ihre Vertragserklärung nicht innerhalb von zwei Wochen widerrufen.

Laufzeit des Vertrages

Die Vertragsdauer entnehmen Sie dem Produktinformationsblatt bzw. dem Vorschlag zu Ihrer Versicherung.

Beendigung des Vertrages

Einzelheiten entnehmen Sie dem Produktinformationsblatt und den Versicherungsbedingungen.

Vertragssprache

Sämtliche das Vertragsverhältnis betreffende Informationen und Kommunikation finden in deutscher Sprache statt.

Anwendbares Recht

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Gerichtsstand

Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können vor dem zuständigen Gericht Ihres Wohnortes geltend gemacht werden.

WIDERRUFSBELEHRUNG

ABSCHNITT 1: WIDERRUFSRECHT, WIDERRUFSFOLGEN UND BESONDERE HINWEISE

Widerrufsrecht

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen der Versicherungsschein sowie die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen, diese Belehrung, das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten und weiteren in Abschnitt 2 **aufgeführten Informationen jeweils in Textform zugegangen sind**.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:
Janitos Versicherung AG
Im Breitspiel 2-4, 69126 Heidelberg
E-Mail: Versicherung@janitos.de

Einen Widerruf zur Berufshaftpflichtversicherung können Sie auch an den Hersteller und Risikoträger der Berufshaftpflichtversicherung richten:
HDI Versicherung AG, HDI Platz 1, 30659 Hannover
E-Mail: ZFPBVertragsservice@hdi.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag aus Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/360 der von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Prämie. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

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.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat. Soweit eine vorläufige Deckung erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.

ABSCHNITT 2: AUFLISTUNG DER FÜR DEN FRISTBEGINN ERFORDERLICHEN WEITEREN INFORMATIONEN

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Identität des Versicherers: Versicherer ist die Janitos Versicherung AG in der Rechtsform der Aktiengesellschaft mit Sitz in Heidelberg, Amtsgericht Mannheim HRB 336562. Die Anschrift der Hauptverwaltung lautet: Im Breitspiel 2-4, 69126 Heidelberg.

2. Identität eines Vertreters des Versicherers innerhalb der EU: Entfällt

3. Ladungsfähige Anschrift des Versicherers: Die für die Geschäftsbeziehung zwischen Ihnen und uns maßgebliche Anschrift lautet: Janitos Versicherung AG, Im Breitspiel 2-4, 69126 Heidelberg. Die Janitos Versicherung AG wird vertreten durch den Vorstand.

4. Hauptgeschäftstätigkeit und zuständige Aufsichtsbehörde: Die Janitos Versicherung AG ist durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht zum Betrieb von Haftpflicht-, Unfall-, Kraftfahrt- und Sachversicherungen zugelassen. Die zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

5. Garantie-/Sicherungsfonds: Entfällt

6. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung: a) Für die Versicherung(en) gelten die beigefügten, für die jeweiligen Tarife gültigen Versicherungsbedingungen.

b) Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers Art, Umfang und Fälligkeit der Versicherungsleistung ergeben sich aus den Versicherungsbedingungen in Verbindung mit diesem Angebot/Versicherungsschein.

7. Gesamtpreis der Versicherung: Den Gesamtpreis (einschließlich Versicherungssteuer) für die Versicherung(en) können Sie dem Angebot/Versicherungsschein entnehmen.

8. Steuern, Gebühren oder Kosten: Zusätzliche Gebühren oder Kosten für die Antragsbearbeitung werden nicht erhoben. Vermittler sind nicht berechtigt, von Ihnen irgendwelche besonderen Gebühren oder Kosten für die Aufnahme des Antrages zu erheben.

9. Einzelheiten zur Prämienzahlung: Je nach Vereinbarung werden die Prämien entweder durchlaufende Zahlungen monatlich, vierteljährlich, halbjährlich, jährlich oder als Einmalprämie im Vorausgezahlt. Entsprechend der Vereinbarung über die zeitliche Bemessung der Prämien umfasst die Versicherungsperiode einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr.

Bei einer Einmalprämie ist die Versicherungsperiode die vereinbarte Vertragsdauer, jedoch höchstens ein Jahr. Die Prämien werden zu Beginn einer jeden Versicherungsperiode fällig. Die erste oder einmalige Prämie wird zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsvertrag vereinbarten Versicherungsbeginn. Sie haben diese Prämie dann unverzüglich (d. h. spätestens innerhalb zwei Wochen) zu zahlen. Alle weiteren Prämien (Folgeprämien) werden jeweils zum vereinbarten Fälligkeitstag fällig. Wenn Sie mit uns das Lastschriftverfahren vereinbaren, werden wir die Prämie zum Zeitpunkt der Fälligkeit vom angegebenen Konto abbuchen. Bitte tragen Sie dafür Sorge, dass zu diesem Zeitpunkt eine ausreichende Deckung auf dem Konto gegeben ist.

10. Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen: Wir halten uns ab dem Ausfertigungsdatum der Angebotsunterlagen 6 Wochen an das Angebot – einschließlich der angegebenen Versicherungsprämie – gebunden.

11. Finanzdienstleistung mit Bezug auf speziell risikobehaftete Finanzinstrumente: Entfällt

12. Zu-Stande-Kommen des Vertrages: Sie können unser Vertragsangebot innerhalb von 6 Wochen ab Ausfertigungsdatum annehmen. Wenn die Annahmeerklärung innerhalb der Frist und ohne Zusätze/Abweichungen erfolgt, kommt der Vertrag mit Zugang der Erklärung bei uns zu Stande. Unter der Voraussetzung der rechtzeitigen Prämienzahlung (s. hierzu Nr. 9) besteht dann von dem im Versicherungsschein bezeichneten Tag des Versicherungsbeginns an Versicherungsschutz.

13. Widerrufsbelehrung: Widerrufsrecht

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

Janitos Versicherung AG
Im Breitspiel 2-4, 69126 Heidelberg
Fax: +49 6221 709 1001
E-Mail: Versicherung@janitos.de

Einen Widerruf zur Berufshaftpflichtversicherung können Sie auch an den Hersteller und Risikoträger der Berufshaftpflichtversicherung richten:

HDI Versicherung AG
HDI Platz 1, 30659 Hannover
E-Mail: ZFPBVertragsservice@hdi.de

Widerrufsfolgen:

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Der uns zustehende Betrag errechnet sich je nach Zahlungsweise der Prämie wie folgt:

a) bei vereinbarter jährlicher Zahlungsweise: die Anzahl der Tage ab Vertragsbeginn bis zum Zugang des Widerrufs multipliziert mit 1/360 der Jahresprämie;

b) bei vereinbarter halbjährlicher Zahlungsweise: die Anzahl der Tage ab Vertragsbeginn bis zum Zugang des Widerrufs multipliziert mit 1/180 der Halbjahresprämie;

c) bei vereinbarter vierteljährlicher Zahlungsweise: Vierteljahresprämie;

d) bei der Anzahl der Tage ab Vertragsbeginn bis zum Zugang des Widerrufs multipliziert mit 1/90 der vereinbarten monatlicher Zahlungsweise: die Anzahl der Tage ab Vertragsbeginn bis zum Zugang des Widerrufs multipliziert mit 1/30 der Monatsprämie. Basis für die Berechnung ist die im Versicherungsschein gemäß der vereinbarten Zahlungsweise ausgewiesene Prämie. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

14. Laufzeit: Die vereinbarte Laufzeit der Versicherung(en) ergibt sich aus diesem Angebot/Versicherungsschein. Bei Verträgen mit einer Laufzeit von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag mit Ablauf der Vertragslaufzeit stillschweigend jeweils von Jahr zu Jahr, wenn nicht vor dem jeweiligen Ablauf der anderen Partei eine Kündigung in Textform zugegangen ist.

15. Angaben zur Vertragsbeendigung: Sie können den Vertrag zum Ende der vereinbarten Dauer unter Einhaltung der vereinbarten Kündigungsfrist in Textform kündigen. Weitere außerordentliche Kündigungsmöglichkeiten für Sie (z. B. nach einem Schadensfall oder wegen einer Erhöhung der Prämien) bzw. für uns (z. B. wegen Verzuges mit der Prämienzahlung) sowie sonstige Beendigungsgründe (z. B. Wegfall des versicherten Risikos) sind in den einzelnen Versicherungsbedingungen geregelt.

16. Vorvertraglich anwendbares Recht anderer Mitgliedstaaten der Europäischen Union: Entfällt

17. Anwendbares Recht: Es findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

18. Sprache: Die Vertragsbedingungen und die hier unter den Nummern 1 bis 20 gegebenen Informationen sind in deutscher Sprache verfasst. Auch die Kommunikation während der Laufzeit dieser Versicherung(en) erfolgt in Deutsch.

19. Versicherungsombudsmann: Die Janitos Versicherung AG nimmt am außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teil. Zuständige Verbraucherschlichtungsstelle ist der: Versicherungsombudsmann e. V. Postfach 08 06 32, 10006 Berlin www.versicherungsombudsmann.de

OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22, 10052 Berlin
www.pkv-ombudsmann.de

Hier können Sie außergerichtlich Beschwerde eingeleiten. Hiervon unberührt bleibt Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

20. Beschwerdemöglichkeit bei der Aufsichtsbehörde: Eine Beschwerde kann auch gerichtet werden an:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn

Die Finanzmarktaufsicht (FMA)
Otto-Wagner-Platz 5, A-1090 Wien

ENDE DER WIDERRUFSBELEHRUNG

Datenschutz-Informationsblatt

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Janitos Versicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

VERANTWORTLICHER FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Janitos Versicherung AG
Im Breitspiel 2-4, Office Port II
69126 Heidelberg
Telefon: +49 6221 709 1000
Fax: +49 6221 709 1001
E-Mail: versicherung@janitos.de

Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datenschutzbeauftragter@janitos.de

ZWECKE UND RECHTSGRUNDLAGEN DER DATENVERARBEITUNG

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. Diese können Sie im Internet unter <https://www.janitos.de/datenschutz> abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss, die Durchführung des Versicherungsvertrages bzw. eine Entscheidung über geltend gemachte Ansprüche oder die Bearbeitung eines Schadenfalls ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

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 bei Abschluss eines Kranken- oder Unfallversicherungsvertrages) 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 insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen und –recherchen (auch in öffentlich zugänglichen Quellen) zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.

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

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

KATEGORIEN VON EMPFÄNGERN DER PERSONENBEZOGENEN DATEN

Rückversicherer:

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

Vermittler:

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

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen. Die Dienstleisterliste können Sie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter <https://www.janitos.de/datenschutz> entnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Auftragnehmer und Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter <https://www.janitos.de/datenschutz> entnehmen.

Weitere Empfänger:

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

DAUER DER DATENSPEICHERUNG

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

BETROFFENENRECHTE

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

WIDERSPRUCHSRECHT

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

BESCHWERDERECHT

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

Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Königstrasse 10a
70173 Stuttgart

HINWEIS- UND INFORMATIONSSYSTEM DER VERSICHERUNGSWIRTSCHAFT

Die Versicherungswirtschaft nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich. Im Rahmen der Schadenbearbeitung können Daten zum Versicherungsobjekt (Fahrzeugidentifikationsdaten oder Adresse des Gebäudes) sowie Angaben zu Ihrer Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) an die informa HIS GmbH übermittelt (HIS-Anfrage) werden. Die informa HIS GmbH überprüft anhand dieser Daten, ob zu Ihrer Person und/oder zu Ihrem Versicherungsobjekt im „Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft“ (HIS) Informationen gespeichert sind, die auf ein erhöhtes Risiko oder Unregelmäßigkeiten in einem Versicherungsfall hindeuten können. Solche Informationen können nur aufgrund einer früheren Meldung eines Versicherungsunternehmens an das HIS vorliegen (HIS-Einmeldung), über die Sie ggf. von dem einmeldenden Versicherungsunternehmen gesondert informiert worden sind. Daten, die aufgrund einer HIS-Einmeldung im HIS gespeichert sind, werden von der informa HIS GmbH an uns, das anfragende Versicherungsunternehmen, übermittelt. Nähere Informationen zum HIS finden Sie auf folgenden Internetseiten: www.informa-his.de

DATENAUSTAUSCH MIT IHREM FRÜHEREN VERSICHERER

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. zur Mitnahme eines Schadensfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

BONITÄTSAUSKÜNFT

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei einer Auskunft (z.B. SCHUFA Holding AG, infoscore Consumer Data GmbH) Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

DATENÜBERMITTLUNG IN EIN DRITTLAND

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

Dienstleisterliste

KONZERNGESELLSCHAFTEN MIT EINER GEMEINSAMEN VERARBEITUNG VON DATEN INNERHALB DER UNTERNEHMENSGRUPPE:

- Gothaer Allgemeine Versicherung AG
- Barmenia.Gothaer Finanzholding AG
- Gothaer Krankenversicherung AG
- Gothaer Lebensversicherung AG
- Gothaer Versicherungsbank VVaG
- Janitos Versicherung AG
- Gothaer Pensionskasse AG
- Gothaer Asset Management AG
- Gothaer Risk-Management GmbH
- Gothaer Invest- und Finanzservice GmbH
- GSC Gothaer Schaden-Service-Center GmbH
- GKC Gothaer Kunden-Service-Center GmbH
- Gothaer-Systems GmbH

Die Datenverarbeitung umfasst IT-Dienstleistungen sowie Verträge über die Nutzung von Technik. Ansonsten besteht eine getrennte Datenhaltung bei der Janitos Versicherung AG.

GESELLSCHAFTEN, DIE DATENVERARBEITUNG IN FUNKTIONSÜBERTRAGUNG AN DIENSTLEISTER ODER IM AUFTRAG ERBRINGEN:

a) in Einzelnenennung:

AUFTRAGGEBER	AUFTRAGNEHMER	HAUPTGEGENSTAND DES AUFTRAGS	GESUNDHEITSDATEN
Janitos Versicherung AG	Gothaer Systems GmbH	Rechenzentrum, IT-Dienstleistungen	ja
	SHE Informationstechnologie AG	Rechenzentrum	ja
	Barmenia.Gothaer Finanzholding AG	IT-Sicherheit	nein
	Gothaer Allgemeine Versicherung AG	Leistungs- und Regressbearbeitung	teilweise ja
	AXA Assistance Deutschland GmbH Inter Partner Assistance S.A. HESA Solutions GmbH	Assistanceleistungen	teilweise ja
	Service- und Controlling- GmbH (GSC)	Leistungsbearbeitung Krankenzusatzversicherung	teilweise ja
	HDI-Gerling Firmen und Privat Versicherung AG	Risikoträger und Hersteller der Berufshaftpflichtversicherung (Schadenbearbeitung)	ja
	Concordia Versicherungs-Gesellschaft auf Gegenseitigkeit	Risikoträger der Rechtsschutzversicherung (Schadenbearbeitung)	teilweise ja
	DEURAG Deutsche Rechtsschutz-Versicherung AG	Risikoträger der Rechtsschutzkomponente in der Privathaftpflichtversicherung Best Selection und Premium	teilweise ja
	GDV Dienstleistungs GmbH	Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern	nein
	Meyerthole Siems Kohruss	Datenverarbeitung zu statistischen Zwecken	teilweise ja
	General Reinsurance AG	Datenverarbeitung zu statistischen Zwecken und Rückversicherung	nein
	Flixcheck GmbH	Digitaler Versand von Dokumenten/Unterlagen	nein
	Roland Schutzbrief-Versicherung AG	Assistanceleistungen	teilweise ja

b) Kategorien von Gesellschaften:

AUFTRAGGEBER	AUFTRAGNEHMER	HAUPTGEGENSTAND DES AUFTRAGS	GESUNDHEITSDATEN
Janitos Versicherung AG	Adressermittler	Adressprüfung	nein
	Auskunfteien	Bonitätsprüfung	nein
	Gutachter/Sachverständige	Antrags-/Leistungsprüfung, Begutachtungen, Unterstützungsleistungen	teilweise ja
	Rechtsanwälte	Juristische Beratung	teilweise ja
	Servicekartenhersteller	Kundenkarten	nein
	Werkstätten	Reparaturen	nein
	Mietwagenfirmen	Bereitstellung von Mietfahrzeugen	nein
	Handwerker	Reparaturen	nein
	IT-Dienstleister	Bereitstellung von IT-Kapazitäten und -Dienstleistungen, Hard- und Software einschließlich Wartung	teilweise ja
	Aktenlager	Lagerung und Archivierung von Akten	ja
	Druckdienstleister	Druck und Versand	nein
	Regulierungsbüro	Schadenregulierung, Belegprüfung	ja
	Rehadienste	Rehaassistance-Leistungen	ja
	Makler/Vermittler	Bestandsverwaltung	teilweise ja
	Lettershops/Druckereien, Postdienste	Postsendungen/Newsletter	nein
	Forderungsmanagement	Realisierung von Forderungen	nein
	Entsorgungsunternehmen	Vernichtung von Akten	ja



Janitos
Zahnezusatzversicherung
Produktlinie JA dental 75plus

Versicherungsbedingungen und Informationen

Stand: 01.07.2024 | Bedingungsnummer: 270105

Allgemeine Versicherungsbedingungen der Janitos Versicherung AG für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/JS)

(Stand 01.08.2021)

Der Versicherungsschutz

- § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
- § 2 Beginn des Versicherungsschutzes
- § 3 Wartezeiten
- § 4 Umfang der Leistungspflicht
- § 5 Einschränkung der Leistungspflicht
- § 6 Auszahlung der Versicherungsleistung
- § 7 Ende des Versicherungsschutzes

Pflichten des Versicherungsnehmers

- § 8 Beitragszahlungen
- § 8a Beitragsberechnung
- § 9 Obliegenheiten
- § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
- § 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte
- § 12 Aufrechnung

Ende der Versicherung

- § 13 Vertragsdauer/Kündigung durch den Versicherungsnehmer
- § 14 Kündigung durch den Versicherer
- § 15 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

- § 16 Willenserklärungen und Anzeigen
- § 17 Gerichtsstand
- § 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Tarifbestimmungen und Beiträge

Anhang

- Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPG)
- Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle* und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall leistet der Versicherer Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlungen und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.

*Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- b) ein medizinisch notwendiger oder ein rechtmäßiger Schwangerschaftsabbruch sowie eine medizinisch notwendige Sterilisation,
- c) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) nach Maßgabe der tariflichen Bestimmungen,
- d) ärztlich angeratene sowie von der ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Institutes empfohlene Schutzimpfungen nach Maßgabe der tariflichen Bestimmungen,
- e) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Tarif mit Tarifbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3).

Während der ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über diesen Zeitraum hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere drei Monate.

(5) Aufnahmefähig sind Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben und für die keine weitere Zusatzversicherung mit Leistungen für zahnärztliche Behandlungen in Deutschland bei einem privaten Krankenversicherer besteht. Für Personen mit durch Vorerkrankungen erhöhtem Risiko können bei Abschluss oder Erhöhung der Versicherung Risikozuschläge und/oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden.

(6) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

Hält sich eine versicherte Person für eine Zeit von höchstens sechs Monaten im Ausland auf, gilt dies nicht als Verlegung ihres gewöhnlichen Aufenthalts. Auslandsaufenthalte, die mit einer Unterbrechung von weniger als zwei Monaten aufeinander folgen, werden hierbei zusammengerechnet.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz, auch für Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und Anomalien, ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Diese Verpflichtung besteht nur insoweit, als der beantragte Versicherungsschutz nicht höher und nicht umfassender als der eines versicherten Elternteils ist.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

(4) Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet ein Jahr nach Versicherungsbeginn. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben ohne Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.

Werden zu einer bestehenden Versicherung nachträglich Personen oder Tarife eingeschlossen, endet für diese das erste Versicherungsjahr mit dem Versicherungsjahr der bereits laufenden Versicherung.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

Sie entfällt

a) bei Unfällen;

b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Partnerschaftsgesetz einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Partnerschaft beantragt wird.

(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung (mit Ausnahme der zahnmedizinischen Individualprophylaxe), Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate. Sie entfallen bei Unfällen.

(4) Die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten können – mit Ausnahme der Wartezeit für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen – erlassen werden, wenn der Abschluss mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird.

Der Antragsteller und die mitzuversichernden Personen sind in diesem Fall verpflichtet, sich innerhalb von zwei Wochen seit Aufforderung durch den Versicherer auf eigene Kosten der ärztlichen Untersuchung zu unterziehen und den ärztlichen Untersuchungsbericht vorzulegen. Nach Ablauf der Frist gilt die Versicherung als ohne ärztliche Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

(5) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit den Tarifbedingungen. Die Aufwendungen werden jeweils dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt, die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen oder die Heilmittel erbracht werden. Soweit der Tarif auf das Versicherungsjahr bezogene, betragsmäßige Leistungshöchstsätze vorsieht, gelten diese je versicherte Person für volle Jahre. Endet das erste Versicherungsjahr bereits vor Ablauf von einem Jahr (siehe § 2 Abs. 4) oder endet ein späteres Versicherungsjahr vorzeitig, vermindert sich der Betrag um jeweils 1/360 für jeden nicht versicherten Tag. Etwa sich daraus ergebende Überzahlungen sind zurückzuerstatten. Bei Umstufung (Tarifwechsel) in einen Tarif mit - auf das Versicherungsjahr bezogen - niedrigeren betragsmäßigen Leistungshöchstsätzen gilt die Regelung sinngemäß.

(2) Freie Behandlerwahl: Der versicherten Person steht in Deutschland die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten, den für ambulante Behandlungen liquidationsberechtigten approbierten Ärzten eines Krankenhauses, den zur ambulanten Heilbehandlung

zugelassenen Ambulanzen eines Krankenhauses, welches die Voraussetzungen nach Absatz 4 erfüllt, den medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), den niedergelassenen approbierten psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes frei. Im Ausland können die im jeweiligen Land zugelassenen Heilbehandler, soweit sie den Behandlern gemäß Satz 1 vergleichbar sind, in Anspruch genommen werden.

(3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie vom Behandler verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten: Nahrungsmittel (außer bei Vorliegen einer Enzymmangelkrankung oder Mukoviszidose) und Stärkungsmittel (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badezusätze, Kosmetika, Antikonzeptiva, Desinfektionsmittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

(4) Freie Krankenhauswahl: Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Der Versicherer kann sich auf eine fehlende Zusage nicht berufen, wenn

a) die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist;

b) es sich um eine Notfalleinweisung handelt;

c) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(6) Aufwendungen für Behandlungen durch die in Absatz 2 genannten Behandler und in den in Absatz 4 und 5 genannten Krankenhäusern sowie für Verordnungen nach Absatz 3 werden nur ersetzt, soweit der Tarif entsprechende Leistungen auch vorsieht (vgl. Abs. 1 S.1).

(7) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

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

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

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eingetreten sind oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind; diese Leistungseinschränkung gilt nicht, wenn die versicherte Person außerhalb von Deutschland vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht wird und das betroffene Gebiet aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, nicht verlassen kann. Dabei besteht Versicherungsschutz solange, bis die Ausreise ohne Gefahr für Leib und Leben möglich ist. Ein Kriegsereignis tritt dann überraschend ein, wenn vor Beginn der Reise keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt für das betroffene Reisegebiet erfolgte. Terroristische Anschläge gelten nicht als Kriegsereignisse.
- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- e) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- f) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- g) für Behandlungsrechnungen, die den Bestimmungen der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten bzw. dem aktuellen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten, falls der Tarif nichts anderes vorsieht. Dies gilt bei einer Behandlung im Ausland entsprechend, sofern die ortsüblichen Sätze überschritten werden.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge, ersetzt der Versicherer nur die durch diese gesetzlichen Leistungen nicht abgegoltenen Aufwendungen.

(4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Rechnungszweitschriften mit Erstattungsvermerken eines anderen Versicherungsträgers werden Originalen gleichgestellt. Die Rechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Arztes (bei Behandlung im Inland zusätzlich: Angabe der Nummern des Gebührenverzeichnisses mit den hierfür in Rechnung gestellten Steigerungssätzen) und das jeweilige Behandlungsdatum. Wird nur ein Ersatzkrankenhaustagegeld beansprucht, genügt eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses mit dem Namen der behandelten Person über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes und die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose).

(2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang).

(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten,

wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen. Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.

(4) Kosten für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden; Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen können abgezogen werden, wenn der Versicherungsnehmer kein Inlandskonto benannt hat.

(5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Auf Wunsch des Versicherungsnehmers kann auch eine vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Beitragszahlung vereinbart werden. Der Beitrag ist zum jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig. Seine Höhe ergibt sich aus dem Versicherungsschein in Verbindung mit der für den Tarif gültigen Tarifprämientabelle. Wird der Beitrag während des Versicherungsjahres nach Maßgabe von § 8 b neu festgesetzt, ist der neue Beitrag vom Änderungszeitpunkt an zu zahlen. Wurden Beiträge bereits im Voraus gezahlt, ist der Unterschiedsbetrag nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(2) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nichts anderes vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von 2 Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Ist die Beitragszahlung im Lastschriftverfahren vereinbart, gilt der Erstbeitrag bis zum Eingang der Lastschrift beim Geldinstitut als gestundet.

(3) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen. Ist ein Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren erhoben werden.

(4) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

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

§ 8 a Beitragsberechnung

(1) Die Versicherung wird nach Art der Schadenversicherung betrieben; eine Alterungsrückstellung wird nicht gebildet.

(2) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(3) Der monatliche Beitrag richtet sich nach der Beitragsgruppe des erreichten Alters. Die Beitragsgruppen können aus einem einzigen Alter bestehen oder mehrere Alter umfassen. Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bei Vertragsschluss die Beitragsgruppen und die zugehörigen Beiträge mit. Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Erreicht die versicherte Person zu Beginn des nächsten Kalenderjahres das erste Alter der jeweils folgenden Beitragsgruppe, ist ab April des neuen Versicherungsjahres der für diese Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen.

(4) Bei Beitragsänderungen, auch durch Eintritt in eine andere Beitragsgruppe, kann der Versicherer besonders vereinbarte Risikozuschläge im Verhältnis der Veränderung entsprechend anpassen.

(5) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8 b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer jährlich für diesen Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt die Gegenüberstellung der erforderlichen Versicherungsleistungen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit dieses Tarifs eine Abweichung von mehr als 5%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen mathematischen Treuhänders angepasst. Eine Beitragsanpassung erfolgt nicht, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als nur vorübergehend anzusehen ist.

(2) Erfolgt eine Beitragsanpassung, werden auch eventuell vereinbarte Risikozuschläge im Zuge der Beitragsanpassung entsprechend angepasst.

(3) Änderungen gemäß den vorgenannten Absätzen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß Abs. 1 oder vermindert er seine Leistungen gemäß (§ 18), besteht gemäß § 13 (4) ein außerordentliches Kündigungsrecht für den Versicherungsnehmer.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

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

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

(4) Eine weitere Zusatzversicherung bei einem anderen Versicherer mit Leistungen für zahnärztliche Behandlungen in Deutschland darf nur mit Zustimmung des Versicherers abgeschlossen werden.

(5) Weitere besondere Obliegenheiten können sich aus dem Tarif ergeben.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 4 bzw. eine im abgeschlossenen Tarif (§ 9 Abs. 5) genannte Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird die in § 9 Abs. 4 oder eine im abgeschlossenen Tarif (§ 9 Abs. 5) genannte Obliegenheit verletzt, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

§ 13 Vertragsdauer/Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsvertrag wird zunächst für die Dauer von zwei Jahren abgeschlossen. Er verlängert sich um je ein weiteres Versicherungsjahr (§ 2 Abs. 4), wenn der Versicherungsnehmer ihn nicht mit einer Frist von drei Monaten vor dem jeweiligen Ablauf gekündigt hat.

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

(3) Erhöht sich der Beitrag wegen Eintritts in eine andere Beitragsgruppe (siehe § 8a Abs. 3), kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel (§ 8 b) oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis a u c h b i s u n d z u m Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Eine danach zulässige Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(3) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 6 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

(4) Das Versicherungsverhältnis endet mit Beendigung der Versicherung in der GKV für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der GKV fortfällt. § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 gilt entsprechend.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union, Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz ist, oder ist sein Wohnsitz oder sein gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

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

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

Tarifbedingungen der Janitos Versicherung AG für die Ergänzungsversicherung nach Tarif JA dental 75plus mit Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

gültig nur zusammen mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Janitos Versicherung AG für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/JS)

(Stand 01.07.2024)

1. Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif JA dental 75plus können Personen ab einem Alter von 21 Jahren versichert werden, die in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Endet die Versicherung in der GKV, so endet die Versicherung nach Tarif JA dental 75plus für die betreffende Person mit dem Tag, an dem die Versicherung in der GKV fortfällt.

2. Versicherungsvoraussetzung

2.1. Nicht versicherbare Personen

Nicht versicherbar und trotz Prämienzahlung nicht versichert sind Personen mit einer bei Vertragsabschluss bereits vorhandenen voll- oder teilprothetischen Versorgung (herausnehmbarer Zahnersatz) sowie Personen, die bei Vertragsabschluss einen oder mehr fehlende Zähne haben.

Als fehlend im Sinne dieses Tarifes gelten Zähne, die nicht durch Zahnersatzmaßnahmen ersetzt wurden und bei denen kein physiologischer Lückenschluss besteht. Weisheitszähne zählen nicht zu den fehlenden Zähnen.

2.2. Wartezeiten

Abweichend von § 3 (3) AVB/JS entfallen alle Wartezeiten.

3. Versicherte Aufwendungen

Für bei Vertragsabschluss bereits begonnene oder angeratene Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz.

Im Versicherungsfall werden die nachstehenden Aufwendungen erstattet:

3.1. Zahnbehandlung

Ersetzt werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlungen zusammen mit einer eventuellen Leistung der GKV zu 100 %.

Inlays und Kronen gelten als Zahnersatz nach Ziff. 3.3., Fissurenversiegelungen zählen zur Zahnmedizinischen Individualprophylaxe nach Ziff. 3.2..

Als Zahnbehandlung gelten:

- allgemeine und konservierende Leistungen. Hierzu gehören u.a. Wurzelspitzen-Resektionen, Wurzelbehandlungen und Wurzelkanal-Behandlungen inklusive elektrometrischer Wurzellängenmessung sowie der Behandlung mit dem OP-Mikroskop sowie plastische Füllungen insbesondere Kunststoff-, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen.
- Leistungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums, inklusive VECTOR-Technologie, Schleimhauttransplantation, Bakterienanalyse, DNA-Test

einschließlich der in Verbindung mit diesen Leistungen notwendigen

- Anästhesie- und chirurgischen Leistungen
- Bildaufnahmen (z.B. Röntgenbilder oder digitale Volumetomographie)
- Laserbehandlungen inklusive photoaktivierter Chemotherapie
- funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen

- zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten)
- Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (auch DROS-Schienen).

3.2. Zahnmedizinische Individualprophylaxe und Bleaching

Ersetzt werden 100 % der Aufwendungen. Die maximale Erstattung des Versicherers für zahnmedizinische Individualprophylaxe und zahnauflhellende Maßnahmen (Bleaching) beträgt 120 Euro innerhalb eines Kalenderjahres.

Als zahnmedizinische Individualprophylaxe gelten:

- Professionelle Zahnreinigung,
- Versiegelung (Fissurenversiegelung),
- Fluoridierung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung (Bakterien-/DNA-Test),
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Kontrolle des Übungserfolges,
- Kariesrisikodiagnostik.

Für die Durchführung der zahnmedizinischen Individualprophylaxe können auch zahnmedizinische Fachassistenten (Dentalhygieniker) in Anspruch genommen werden.

3.3. Zahnersatz

Ersetzt werden 75 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

Sofern nur die Regelversorgung der GKV in Anspruch genommen wurde, werden 100 % der Aufwendungen ersetzt.

Im Zusammenhang mit einer Zahnersatzmaßnahme notwendige funktionsanalytische oder funktionstherapeutische Maßnahmen werden zu 100 % ersetzt.

Als Zahnersatz gelten:

- Einlagenfüllungen (Inlays), Veneers, Verblendungen,
- Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen und Onlays,
- Prothetische Leistungen (Brücken, Stützabutments, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur),
- implantologische Leistungen einschließlich der damit in Zusammenhang stehenden chirurgischen Leistungen und der Suprakonstruktionen und der Leistungen für weichgewebs- und knochenbauende Maßnahmen,

einschließlich der in Verbindung mit diesen Leistungen notwendigen

- Anästhesie- und chirurgischen Leistungen
- Bildaufnahmen (z.B. Röntgenbilder oder digitale Volumetomographie)
- Laserbehandlungen inklusive photoaktivierter Chemotherapie
- zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten), u.a. auch CEREC-Versorgungen.
- Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (auch DROS-Schienen).

Die Aufwendungen für Verblendungen sind je Quadranten bis einschließlich Zahn sechs erstattungsfähig.

Eine generelle Begrenzung der Anzahl von Implantaten sieht der Tarif nicht vor.

Tarifbedingungen der Janitos Versicherung AG für die Ergänzungsversicherung nach Tarif JA dental 75plus mit Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

gültig nur zusammen mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Janitos Versicherung AG für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/JS)

(Stand 01.07.2024)

3.4- Kieferorthopädie

Ersetzt werden 75 % der Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, sofern eine Zahn- oder Kieferfehlstellung vorliegt, deren Indikation auf einen Unfall zurückzuführen ist, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist und diese Fehlstellung aus medizinischen Gründen korrigiert werden muss. Der Erstattungsbetrag ist dabei auf maximal 1.500 Euro je Versicherungsfall begrenzt.

Als kieferorthopädische Leistungen gelten u.a. auch:

- Mini-Metall-, Keramik- und Kunststoffbrackets,
- unsichtbare Zahnspange (Invisalign),
- Lingualtechnik,
- festsitzender Retainer,
- konfektionierte herausnehmbare Geräte,
- festsitzender Lückenhalter,
- farbige oder farblose Bögen und Teilbögen,
- thermisch programmierbare oder plastische Bögen und Teilbögen,
- Pendulum,
- Distal-Jet

einschließlich der in Verbindung mit diesen Leistungen notwendigen

- Anästhesie- und chirurgischen Leistungen
- Bildaufnahmen (z.B. Röntgenbilder oder digitale Volumentomographie)
- funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen
- zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten)
- Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (auch DROS-Schienen).

3.5. Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Ersetzt werden 100% der Aufwendungen für schmerzausschaltende Maßnahmen beim Zahnarzt, für die die GKV nicht leistungspflichtig ist. Voraussetzung ist, dass der Versicherer für die zu Grunde liegende zahnärztliche Behandlung nach diesem Tarif gemäß Ziff. 3.1., 3.3. oder 3.4. leistungspflichtig ist. Die maximale Erstattung des Versicherers beträgt 75 Euro innerhalb eines Kalenderjahres.

Maßnahmen zur Schmerzausschaltung, für die die GKV nicht leistungspflichtig ist, können z.B. sein:

- Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf),
- Vollnarkose,
- Lachgas-Sedierung,
- Akupunktur,
- Hypnose.

3.6. Leistungsbegrenzung (Zahnstaffel)

Die Erstattung des Versicherers nach den Ziffern 3.1., 3.3. und 3.5. ist ab Versicherungsbeginn begrenzt auf maximal:

- 1.000 Euro im ersten Kalenderjahr,
- 2.000 Euro in den ersten zwei Kalenderjahren,
- 3.000 Euro in den ersten drei Kalenderjahren und
- 4.000 Euro in den ersten vier Kalenderjahren.

Diese Begrenzung entfällt bei unfallbedingter Behandlung, sofern der Unfall nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

Das erste Kalenderjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Datum (Versicherungsbeginn) und endet am 31. Dezember.

3.7. Anrechnung von Leistungen der GKV

Sofern eine Vorleistung der GKV in Anspruch genommen werden kann, wird diese von den tariflichen Leistungen abgezogen. Ein vereinbarter Selbstbehalt mit der GKV (z. B. im Rahmen eines Wahltarifs) gilt ebenfalls als Vorleistung und wird nicht erstattet.

Werden für die gewählte Versorgung von der GKV zu erstattende Leistungen nicht in Anspruch genommen (z. B. weil ein Zahnarzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde), werden pauschal 50 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als Vorleistung der GKV von den tariflichen Leistungen abgezogen. Tariflich bestehende Leistungsobergrenzen (auch die Zahnstaffelbeträge) gelten dabei unverändert fort.

4. Zahnärztliches Honorar

Die Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) bzw. für Ärzte (GOÄ) berechnet werden. Erstattungsfähig sind Leistungen bis zu den jeweiligen Höchstsätzen der Gebührenordnung.

5. Heil- und Kostenpläne

Es wird empfohlen vor Inanspruchnahme von umfangreichen Maßnahmen (insbesondere bei Zahnersatz und Kieferorthopädie) einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Der Versicherer erstattet in diesem Fall die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans, verpflichtet sich diesen unverzüglich zu prüfen und teilt die Höhe der zu erwartende Leistung mit. Wird der Plan nicht eingereicht, hat dies keine Auswirkungen auf die Leistungen.

6. Sonstige Bestimmungen

Die Leistung der GKV bzw. die Leistungsablehnung durch die GKV muss auf den eingereichten Kostenbelegen bestätigt und die Höhe angerechneter Leistungen aus einem Selbstbehalt angegeben sein.

7. Beitrag

Der Beitrag ist abhängig vom Alter der versicherten Person. Das Alter wird berechnet, indem man vom laufenden Kalenderjahr das Geburtsjahr abzieht, unabhängig vom tatsächlichen Geburtstag (siehe § 8a Abs. 3 AVB/JS). Gemäß dem so errechneten Alter wird die versicherte Person einer der nachfolgenden Altersgruppen zugeordnet, die für den Beitrag maßgebend sind:

- 21 bis 25 Jahre
- 26 bis 30 Jahre
- 31 bis 35 Jahre
- 36 bis 40 Jahre
- 41 bis 45 Jahre
- 46 bis 50 Jahre
- 51 bis 55 Jahre
- 56 bis 60 Jahre
- 61 Jahre und älter

Der gültige Beitrag für die erreichte Altersgruppe einer versicherten Person ist auf dem aktuellen Versicherungsschein ersichtlich, ebenso die jeweils gültigen Beiträge für alle anderen Altersgruppen.

8. Kindernachversicherung

Die Kindernachversicherung gemäß §2 Abs. 2 und 3 AVB/JS erfolgt im Tarif JA dental 75. Im Tarif JA dental 75plus sind generell nur Personen ab Alter 21 versicherungsfähig.