# Bedingungen für die Augenversicherung ohne Gesundheitsfragen Vertragsgrundlage Tarif AZE


**Versicherungsfall und Leistungsumfang**

1 Welche Leistungen erbringen wir und was ist nicht versichert?

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

3 An wen und wann erbringen wir die Leistung?

4 Wann können Sie einen Tarifwechsel verlangen?

**Versicherungs-Schutz und Versicherungsbeitrag**

5 Wann beginnt der Versicherungs-Schutz?

6 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

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

**Weitere Regelungen**

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

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

10 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

11 Können sich Ihre Vertrags-Bedingungen zukünftig ändern?

12 Wann verjähren die Ansprüche?


## Versicherungsfall und Leistungsumfang

### 1 Welche Leistungen erbringen wir und was ist nicht versichert?

1.1 Entstehen für eine versicherte Person bei bestehendem Versicherungs-Schutz Aufwendungen:

- für Sehhilfen,
- für High-Tech-Untersuchungen zur Verlaufskontrolle bestehender Augenerkrankungen mittels der Geräte OCT (Gerät zur Messung der Nervenfaserschichtdicke) und HRT (Gerät zur Lasermessung am hinteren Augenabschnitt),
- für augenärztliche Vorsorgeuntersuchungen oder
- aufgrund unfallbedingter Erblindung

(Versicherungsfall), erbringen wir Leistungen für die verbleibenden Aufwendungen nach diesem Tarif gemäß den folgenden Regelungen.
Bei Sehhilfen bestehende Leistungs-Begrenzungen werden in Ziffer 1.2 beschrieben.
Versicherungsfähig und versichert sind nur Personen, die im Grundtarif AZB versichert sind.
Zusammen mit einer Leistung der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung sowie den Erstattungen Dritter erhalten Sie maximal die erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

1.2 Im Einzelnen ergeben sich nachfolgende Leistungen für:
**Sehhilfen:**
Unabhängig von Dioptrienveränderungen erstatten wir Aufwendungen für zum Ausgleich einer Fehlsichtigkeit dienende Sehhilfen (Brillenfassungen und –gläser sowie Kontaktlinsen) zu 100 Prozent, höchstens jedoch bis zu einem Betrag von 150,00 Euro innerhalb von zwei Versicherungsjahren (Zweijahreszeitraum) je versicherter Person. Der Zweijahreszeitraum im Tarif AZE bemisst sich nach dem Zweijahreszeitraum des Grundtarifs AZB. Das Versicherungsjahr im Tarif AZE entspricht dem Versicherungsjahr des Grundtarifs AZB.

**Innerhalb der ersten zwei Versicherungsjahre des zugehörigen Grundtarifs AZB bestehen Leistungs-Begrenzungen auch im Tarif AZE.** So beträgt die maximale Gesamtleistung für **Sehhilfen** je versicherter Person:

- im ersten Versicherungsjahr höchstens 50,00 Euro
- in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens 100,00 Euro.

Weicht der Vertragsbeginn des Tarifs AZE von dem Vertragsbeginn des Grundtarifs AZB ab, so beträgt die maximale Gesamtleistung für Sehhilfen innerhalb der ersten 12 Monate nach dem im Versicherungs-Schein genannten Beginn des Tarifs AZE 50,00 Euro je versicherter Person.

**Augenärztliche Vorsorgeuntersuchungen/ Kontrolluntersuchungen:**
Wir erstatten für High-Tech-Untersuchungen zur Verlaufskontrolle bestehender Augenerkrankungen mittels der Geräte OCT und HRT sowie augenärztliche Vorsorgeuntersuchungen entstehende Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 100,00 Euro innerhalb eines Versicherungsjahres je versicherter Person. Das Versicherungsjahr im Tarif AZE entspricht dem Versicherungsjahr des Grundtarifs AZB.

**Unfallbedingte Erblindung:**
Erleidet die versicherte Person bei bestehendem Versicherungs-Schutz einen Unfall, infolgedessen sie erblindet, erstatten wir hierdurch anfallende Kosten für erforderliche Umbaumaßnahmen, Hilfsmittel und Schulungen bis zu einem Gesamtbetrag von 20.000,00 Euro während der Vertragslaufzeit je versicherter Person.

Blind ist die versicherte Person, wenn die Sehschärfe (Visus) auf dem besseren Auge maximal 0,02 beträgt. Eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf

fünf Grad und weniger, bezogen auf das bessere Auge, gilt auch als Erblindung. Ein Visus von 0,02 bedeutet, dass trotz Sehhilfe eine Information, die bei Rechtsichtigkeit aus fünf Meter Entfernung zu erkennen ist, aus max. zehn Zentimeter Entfernung erkannt wird.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig und unmittelbar erblindet.

1.3 **Kein Versicherungs-Schutz besteht für:**

- die Teile einer Liquidation, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nicht entsprechen oder die dort festgesetzten Höchstsätze überschreiten,
- Reinigungs- und Pflegemittel für Sehhilfen,
- Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

1.4 Der Versicherungs-Schutz gilt weltweit. In Rechnung gestellte Leistungen für Heilbehandlungen im Ausland sind nur insoweit erstattungsfähige Aufwendungen, als die in Rechnung gestellten Beträge entsprechend der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden können und innerhalb des Gebührenrahmens der GOÄ liegen. Die in ausländischer Währung tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro umgerechnet.

Als Kurs des Tages gilt 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, es wird durch Bankbeleg nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

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

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

2.1 Werden Leistungen aus dem Tarif geltend gemacht, sind sämtliche Belege (z. B. Arztrechnung, Brillenrechnung etc.) im Original, gegebenenfalls mit Erstattungsvermerk der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung, einzureichen. Diese müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person tragen. Die Behandlungsdaten, vorgenommenen Leistungen und Dioptrien von Sehhilfen müssen spezifiziert sein. Die vorgelegten Nachweise werden unser Eigentum.

2.2 Sie und die versicherte Person haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls, unserer Leistungspflicht oder des Leistungsumfangs erforderlich ist. Auf unser Verlangen hat die versicherte Person die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und sich durch einen von uns beauftragten Zahnarzt bzw. Arzt untersuchen zu lassen.

2.3 Besteht ein Erstattungs-Anspruch gegen Dritte, so sind die Leistungen des Dritten in Anspruch zu nehmen und die Zweitschriften der Rechnungen mit Erstattungsvermerk einzureichen.

2.4 Haben Sie oder eine versicherte Person Schadensersatz-Ansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unabhängig eines gesetzlichen Forderungsübergangs, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe der von uns erbrachten Leistung an uns abzutreten. Ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht darf ohne unsere Zustimmung nicht aufgegeben werden.
Richtet sich Ihr Ersatz-Anspruch gegen eine Person, mit der Sie bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft leben, können wir den Übergang des Ersatz-Anspruches nicht geltend machen, es sei denn diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

2.5 Die versicherte Person hat nach Möglichkeit alles für ihre Genesung zu tun und Handlungen zu unterlassen, die dieser hinderlich sind.

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

2.7 Wird eine dieser bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls bestehenden Obliegenheiten verletzt, können sich erhebliche rechtliche Nachteile ergeben. Dabei gilt:
Wird eine der genannten Obliegenheiten, die bei oder nach dem Eintritt eines Versicherungsfalls zu erfüllen ist, vorsätzlich verletzt, geht der Leistungs-Anspruch verloren. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Kürzung kann bis zur vollständigen Leistungsfreiheit führen.
Wird uns nachgewiesen, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Leistungs-Anspruch bestehen. Der Leistungs-Anspruch bleibt auch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war oder wir Sie nicht durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.
Bei arglistiger Verletzung einer Obliegenheit geht der Leistungs-Anspruch auch dann verloren, wenn die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls, noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person werden Ihnen zugerechnet.

### 3 An wen und wann erbringen wir die Leistung?

3.1 Leistungen können nur Sie als Versicherungsnehmer verlangen, es sei denn, Sie haben uns gegenüber in Textform die versicherte Person als Empfangsberechtigten benannt. Haben Sie uns gegenüber die versicherte Person als Empfangsberechtigten benannt, kann ausschließlich die versicherte Person die Leistung verlangen. Die Benennung kann widerruflich oder unwiderruflich erfolgen. Eine Abtretung oder Verpfändung von Leistungs-Ansprüchen ist nur und erst mit unserer ausdrücklichen Zustimmung wirksam. Dies gilt hinsichtlich der Abtretung nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

3.2 Die Leistungen überweisen wir kostenfrei auf ein uns zu nennendes Konto. Bei Überweisungen in das Ausland trägt der Zahlungsempfänger das hiermit verbundene Risiko sowie die anfallenden Kosten.

3.3 Leistungen sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen.
Sind diese nicht bis zum Ablauf eines Monats seit Anzeige des Versicherungsfalls beendet, können Abschlagszahlungen bis zur Höhe der voraussichtlichen Mindestleistung verlangt werden. Bei Berechnung dieser Frist zählt der Zeitraum nicht mit, in dem die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Anspruchstellers nicht beendet werden können.
Nach Vorlage aller zur Prüfung der Leistungs-Ansprüche notwendigen Unterlagen erklären wir innerhalb von 10 Tagen, ob und in welchem Umfang wir eine Leistung anerkennen.

### 4 Wann können Sie einen Tarifwechsel verlangen?

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

## Versicherungs-Schutz und Versicherungsbeitrag

### 5 Wann beginnt der Versicherungs-Schutz?

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

### 6 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

6.1 Die vereinbarten Beiträge sind ab Vertragsbeginn zu bezahlen. Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) wird sofort mit Zustandekommen des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungs-Schein angegebenen Beginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zu Beginn der vereinbarten Zahlungsperiode zu entrichten.

6.2 Wurden wir zum Beitragseinzug (Lastschriftverfahren) ermächtigt, sind Sie erst und nur dann zur Übermittlung ausstehender und zukünftiger Beiträge verpflichtet, wenn wir Sie in Textform dazu aufgefordert haben. Wir sind dann nicht mehr zum Beitragseinzug verpflichtet. Erfolgt die Beitragszahlung im Lastschriftverfahren, müssen Sie sicherstellen, dass der Beitrag am Fälligkeitstag eingezogen werden kann und einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen wird. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden wiederholt von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform erteilten Zahlungsaufforderung erfolgt.

6.3 Wurde uns kein SEPA-Lastschriftmandat erteilt, genügt es für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Die Übermittlung der Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

6.4 Konnte der **Einlösungsbeitrag** von uns nicht rechtzeitig eingezogen werden oder wurde dieser von Ihnen nicht rechtzeitig gezahlt, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, besteht kein Anspruch auf die Leistung. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
Wurden wir ermächtigt, die Beiträge von einem Konto einzuziehen, besteht auch bei Nichtzahlung des Erstbeitrags Versicherungs-Schutz, es sei denn, die Bank hätte den Einzug des Beitrags zum Fälligkeitstag mangels Kontodeckung nicht durchgeführt.

6.5 Konnte ein **Folgebeitrag** von uns nicht rechtzeitig eingezogen werden oder wurde dieser von Ihnen nicht rechtzeitig gezahlt, erhalten Sie von uns eine Mahnung in Textform, in der wir Ihnen eine Frist von mindestens zwei Monaten setzen. Begleichen Sie den Rückstand nicht fristgerecht, können wir den Vertrag kündigen. Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und waren Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Beitragszahlung in Verzug, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie im Mahnschreiben umfassend hinweisen. Die Kündigung des Vertrags kann für den Fall der Nichtzahlung der Beiträge bereits im Mahnschreiben erklärt werden.

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

6.7 Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie Ihrem jeweils gültigen Versicherungs-Schein. Er richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Das Eintrittsalter ist die Anzahl der bei Vertrags-Beginn vollendeten Lebensjahre.
Für Personen, die das 18., 31., 41., 51., 61., 71., 81., bzw. 91. Lebensjahr vollenden, ist vom Beginn des folgenden Monats an der ihrem Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

6.8 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung des tatsächlichen Schadensbedarfs gegenüber der technischen Berechnungsgrundlage und der sich daraus errechneten Beiträge sind wir berechtigt, die Beiträge entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungs-Verhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen überprüft und der Beitragsanpassung zugestimmt hat. Wir vergleichen dazu zumindest jährlich für den Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungs-Leistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für den Tarif eine Abweichung von mehr als zehn Prozent, werden die Beiträge des Tarifs von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als fünf Prozent, so können die Beiträge von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. In beiden Fällen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Leistungs-Begrenzung entsprechend geändert werden. Die Neufestsetzung des Beitrags und der Leistungs-Begrenzung wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe folgt.

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

7.1 **Das Versicherungs-Verhältnis endet durch Kündigung. Diese wird nur und erst dann wirksam, wenn uns Ihre Erklärung in Textform zugeht. Kündigen Sie das Versicherungs-Verhältnis einer mitversicherten Person, wird die Kündigung nur und erst dann wirksam, wenn die versicherte Person Kenntnis von der Kündigungserklärung erlangt hat.**
**Sie können den Versicherungs-Schutz insgesamt oder nur für einzelne versicherte Personen ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen.**

7.2 Ihr Vertrag endet spätestens **mit Ihrem Ableben.**

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

7.4 Auf unser ordentliches Kündigungsrecht verzichten wir. Das Versicherungs-Verhältnis können wir damit nur außerordentlich kündigen (z. B. bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung). Beschränken wir unsere Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife, können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Zugang unserer Kündigung die Aufhebung des gesamten Vertrags zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird.
Wird der Vertrag wegen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung von uns wirksam gekündigt, kann die versicherte Person die Fortsetzung des Versicherungs-Verhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers erklären; der Beitrag ist ab Fortsetzung des Versicherungs-Verhältnisses zu leisten. Wir informieren die versicherte Person in Textform über die Kündigung des Vertrags und dem Recht zur Fortsetzung ihres Versicherungs-Verhältnisses. Dieses Recht der versicherten Person endet zwei Monate, nachdem sie davon Kenntnis erlangt hat.

7.5 Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungs-Verhältnis.

7.6 Das Versicherungs-Verhältnis endet für die versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt.

7.7 Mit Beendigung des Versicherungs-Verhältnisses endet der Versicherungs-Schutz auch für Versicherungsfälle, die zu diesem Zeitpunkt noch andauern (schwebende Versicherungsfälle).

## Weitere Regelungen

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

8.1 Ihre den Vertrag betreffenden Mitteilungen können mündlich erfolgen. Es sei denn etwas anderes

- wird ausdrücklich vereinbart (z. B. Textform),
- ist gesetzlich vorgeschrieben.

Die Vertragssprache ist deutsch.

8.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift oder eine Namensänderung nicht mitgeteilt, genügt für eine Ihnen gegenüber abzugebende Erklärung die Absendung eines eingeschriebenen Briefs an die letzte uns von Ihnen bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefs als zugegangen.

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

Wir nehmen am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil. Den Ombudsmann erreichen Sie wie folgt:

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

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

Nähere Informationen hierzu finden Sie in der Kundeninformation (nach § 1 VVG-InfoV).

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

**10 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?**

10.1 Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz, soweit nichts abweichend vereinbart ist.

10.2 Sind Sie der Meinung, dass wir Ihre Leistungen zu Unrecht abgelehnt haben, können Sie unsere Entscheidung bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht überprüfen lassen. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder eines Vertragsstaats des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, können Sie sich ausschließlich an das für unseren Geschäftssitz zuständige Gericht in Deutschland wenden.

**11 Können sich Ihre Vertrags-Bedingungen zukünftig ändern?**

11.1 Sollten einzelne Bestimmungen in den Versicherungs-Bedingungen unwirksam sein, wird dadurch die Geltung der übrigen Regelungen in Versicherungs-Bedingungen und vertraglichen Vereinbarungen nicht berührt.

11.2 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Bedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger 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 Änderungen und der Mitteilung der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

11.3 Wurde durch eine höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen Verwaltungsakt der Aufsichtsbehörde eine Vertragsbestimmung für unwirksam erklärt, können wir eine neue Regelung festlegen. Voraussetzung hierfür ist, dass dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn ohne neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte entsteht. Hierbei sind die Interessen der jeweils anderen Vertragspartei zu berücksichtigen. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels 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.

**12 Wann verjähren die Ansprüche?**

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren regelmäßig in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Berechtigte Kenntnis von den Umständen, die den Anspruch begründen und über uns als Versicherer erlangt. Die Frist beginnt auch dann zu laufen, wenn der Berechtigte die Unkenntnis grob fahrlässig zu vertreten hat. Die Ansprüche verjähren unabhängig von der Kenntnis des Berechtigten spätestens nach zehn Jahren. Haben Sie einen Anspruch bei uns angemeldet, zählt bei der Fristberechnung der Zeitraum zwischen Anmeldung und Zugang unserer in Textform mitgeteilten Entscheidung bei Ihnen nicht mit, soweit dieser Zeitraum nach Beginn der Verjährung liegt.