Bedingungen für die Zahn-Zusatzversicherung Vertrags-Grundlage Tarif ZZP

Versicherungsfall und Leistungen

1 Welche Leistungen erbringen wir? Was ist nicht versichert?
2 Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls zu beachten? 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 Beitrag

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

Weitere Regelungen

8 Was gilt für Mitteilungen oder einer Änderung Ihrer Anschrift?
9 An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?
10 Welches Recht gilt und welches Gericht ist zuständig?
11 Können sich Ihre Vertrags-Bedingungen zukünftig ändern?
12 Wann verjähren die Ansprüche?

Versicherungsfall und Leistungen

1 Welche Leistungen erbringen wir? Was ist nicht versichert?

1.1 Versicherungsfall:

Wir leisten, wenn einer versicherten Person bei bestehendem Versicherungs-Schutz

- medizinisch notwendige Behandlungen für Zahnersatz oder Implantate
- für bei Vertrags-Schluss vorhandene Zähne oder dauerhaften Zahnersatz bzw. Implantate
- erstmals angeraten und durchgeführt wurden.

Bei Zahnersatz muss außerdem ein von der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannter Leistungs-Anspruch für diese Behandlung bestehen.

Für bei Vertrags-Schluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne besteht damit kein Versicherungs-Schutz.

Als Zahnersatz im Sinne dieser Bedingungen gelten

- Kronen
- Brücken
- Prothesen
- implantatgetragener Zahnersatz, sog. Suprakonstruktion. Dieser umfasst
  - implantatgetragene Kronen
  - implantatgetragene Brücken
  - implantatgetragene Prothesen

sowie deren Reparatur.

Versicherungsfähig und versicherbar sind nur Personen, die bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Zusammen mit der Vorleistung der GKV sowie den Erstattungen Dritter erhalten Sie maximal die erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

Wir leisten, wenn der Versicherungsfall eintritt. Sie erhalten dann eine Leistung in gleicher Höhe wie den von der GKV erstatteten Betrag für die Zahnersatz-Behandlung.

Für **Implantate** hingegen erstatten wir die angefallenen Kosten, begrenzt auf 500,00 Euro je Implantat. Diese Leistungsbegrenzung gilt dauerhaft. Insbesondere auch

- nach Ablauf des vierten Versicherungsjahres und
- bei Versicherungsfällen als Folge eines Unfalls.

Ihr Leistungs-Anspruch bei Implantaten besteht unabhängig davon, ob ein Leistungs-Anspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse besteht.

Wir zahlen jedoch nicht mehr als Ihren Eigenanteil der Behandlungskosten. Dieser berechnet sich indem vom erstattungsfähigen Rechnungsbetrag die Leistungen

- der gesetzlichen Krankenkasse und
- Erstattungen Dritter

abgezogen werden. Zu den Leistungen Dritter gehören auch Leistungen etwaiger anderer Zahn-Zusatzversicherungen.

Sie können einen niedergelassenen approbierten Zahnarzt oder Arzt frei wählen. Die Aufwendungen für erbrachte Leistungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen liegen.
Für alle Leistungen bestehen innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre Leistungsbegrenzungen. So beträgt die Gesamtleistung je versicherter Person:

- im ersten Versicherungsjahr höchstens 250,00 Euro;
- in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens 500,00 Euro;
- in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen höchstens 750,00 Euro;
- in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen höchstens 1.000,00 Euro.

Mit Ablauf des vierten Versicherungsjahres bestehen diese summenmäßigen Begrenzungen nicht mehr.

Tritt der Versicherungsfall als Folge eines sich nach

Vertrags-Beginn ereigneten Unfalls ein, so entfallen hierfür die summenmäßigen Begrenzungen der ersten vier Versicherungsjahre. Werden in einem solchen Fall Leistungen erbracht, werden diese nicht auf die summenmäßigen Begrenzungen angerechnet. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungs-Schein genannten Beginn des Tarifs ZZP. Die Leistungen werden dabei dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung durchgeführt wird.

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

- die Teile einer Liquidation, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) nicht entsprechen oder die dort festgesetzten Höchstsätze überschreiten,
- zahnärztliche bzw. ärztliche Behandlungen oder zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, für die Leistungen vereinbart sind, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen. In diesen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen,
- Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen,
- über die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) hinausgehende vereinbarte Abrechnungen,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Implantatkosten, soweit sie den Betrag von 500,00 Euro je Implantat übersteigen,
- Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet,
- von Ihnen oder einer versicherten Person vorsätzlich herbeigeführten Versicherungsfällen und Unfällen einschließlich deren Folgen.

1.3 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 Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden können und
- im Rahmen der dort festgesetzten Regelhöchstsätze bzw. des dort festgesetzten Gebührenrahmens liegen.

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

2 Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls zu beachten? 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 geltend gemacht, sind Belege im Original mit Erstattungsvermerk der gesetzlichen Krankenversicherung einzureichen. Hierzu zählen z. B. Zahnarztrechnung oder Material- und Laborkostenrechnung. Diese müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person tragen. Die Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen müssen spezifiziert sein. Nachweise von Kosten für zahntechnische Leistungen müssen Sie ebenfalls einreichen. Die vorgelegten Nachweise werden unser Eigentum.

2.2 Sie und die versicherte Person müssen jede Auskunft erteilen, die zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Auf unser Verlangen muss die versicherte Person hierfür die behandelnden Zahnärzte bzw. Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbinden. Die Erhebung der Gesundheitsdaten erfolgt nur, wenn jeweils in die einzelne Datenerhebung eingewilligt wird.

Die versicherte Person muss sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Zahnarzt bzw. Arzt untersuchen lassen.

2.3 Besteht ein Erstattungsanspruch gegen Dritte, so sind die Leistungen des Dritten in Anspruch zu nehmen. Die Zweitschriften der Rechnungen mit Erstattungsvermerk müssen Sie bei uns einreichen.

2.4 Haben Sie oder eine versicherte Person Schadensersatz-Ansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, sind diese an uns abzutreten. Die Abtretung ist begrenzt auf die Höhe unserer Leistung. Diese Regelung ist unabhängig von einem gesetzlichen Forderungsübergang. Ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht darf ohne unsere Zustimmung nicht aufgegeben werden.
Lebt die Person, gegen die sich Ihr Ersatzanspruch richtet, mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft, können wir diesen nicht geltend machen. Maßgeblicher Zeitpunkt hierfür ist der Eintritt des Versicherungsfalls. Dies gilt nicht, wenn diese Person den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

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

2.6 Wir erstatten den Umständen nach gebotene Aufwendungen, die Ihnen für die Ermittlung und Feststellung unserer Leistungspflicht entstehen. Diese Kosten erstatten wir unabhängig von den Leistungsbegrenzungen. Kosten für die Zuziehung

- eines Sachverständigen oder
- eines Beistands

erstatten wir Ihnen nur dann, wenn wir Sie hierzu aufgefordert haben.

2.7 Wird eine dieser bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls bestehenden Obliegenheiten verletzt, können sich erhebliche rechtliche Nachteile ergeben. Dabei gilt:

Erfolgt die Obliegenheitsverletzung vorsätzlich, geht der Leistungs-Anspruch verloren. Bei grob fahrlässiger Verletzung können wir die Leistung kürzen. Diese Kürzung richtet sich im Verhältnis nach der Schwere Ihres Verschuldens. Die Kürzung kann bis zur vollständigen Leistungs-Freiheit führen. Wird die Obliegenheit nachweislich nicht grob fahrlässig verletzt, bleibt der Leistungs-Anspruch bestehen.

War die Verletzung der Obliegenheit nachweislich weder für die Feststellung des Versicherungsfalls, noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich oder haben wir Sie nicht durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen, leisten wir.
Bei arglistiger Obliegenheitsverletzung verlieren Sie den Leistungs-Anspruch jedoch in jedem Fall.

Die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person werden Ihnen zugerechnet.

3 An wen und wann erbringen wir die Leistung?

3.1 Leistungen können nur Sie als Versicherungs-Nehmer verlangen. Sie können jedoch uns gegenüber in Textform die versicherte Person als Empfangsberechtigten benennen. Haben Sie uns gegenüber die versicherte Person als Empfangsberechtigten benannt, kann ausschließlich die versicherte Person die Leistung verlangen.

Eine 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 und anfallende Kosten.

3.3 Die Leistungen sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen.
Sind diese ein Monat nach Anzeige des Versicherungsfalls nicht beendet, können Sie Abschlagszahlungen bis zur Höhe der voraussichtlichen Mindestleistung verlangen. Hierbei zählt der Zeitraum nicht mit, in dem wir die Erhebungen durch ein Verschulden des Anspruchstellers nicht beenden können. Nach Vorlage aller zur Leistungsprüfung notwendigen Unterlagen erklären wir innerhalb von 10 Tagen, ob und in welchem Umfang wir leisten.

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. Dies gilt nur, wenn die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach dem neuen Tarif erfüllt. Wir sind zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Möchte die versicherte Person in einen neuen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen als im bisherigen Tarif wechseln, gilt Folgendes: Wir können 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 Beitrag

5 Wann beginnt der Versicherungs-Schutz?

Der Versicherungs-Schutz besteht ab Vertrags-Schluss, frühestens jedoch zu dem im Versicherungs-Schein angegebenen Beginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung.

6 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

6.1 Die vereinbarten Beiträge sind ab Vertrags-Beginn zu bezahlen. Der erste Beitrag (**Erstbeitrag**) 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 Im Lastschriftverfahren sind Sie nur soweit zur Übermittlung ausstehender und zukünftiger Beiträge verpflichtet, wie wir Sie in Textform hierzu auffordern. Wir sind dann nicht mehr zum Beitragseinzug verpflichtet. Sie müssen im Lastschriftverfahren sicherstellen, dass wir den Beitrag am Fälligkeitstag einziehen können. Zudem darf einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen werden. Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden wiederholt nicht einziehen, ist die Zahlung rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform erteilten Zahlungsaufforderung erfolgt.

6.3 Wird kein SEPA-Mandat erteilt, erfolgt die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn Sie fristgerecht alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht. Sie übermitteln die Beiträge auf Ihre Gefahr und Kosten.

6.4 Können wir den **Erstbeitrag** nicht rechtzeitig einziehen oder zahlen Sie diesen nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten. Wir können dies nur solange die Zahlung nicht bewirkt ist. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Dies müssen Sie nachweisen.
Ist der Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, besteht kein Anspruch auf die Leistung. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn Sie die Nichtzahlung nachweislich nicht zu vertreten haben. Haben Sie uns ein SEPA-Mandat erteilt, besteht auch bei Nichtzahlung des Erstbeitrags Versicherungs-Schutz. Dies gilt nicht, wenn die Bank den Einzug des Beitrags zum Fälligkeitstag mangels Kontodeckung nicht durchgeführt hätte.

6.5 Können wir einen **Folgebeitrag** nicht rechtzeitig einziehen oder zahlen Sie diesen nicht rechtzeitig, erhalten Sie eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Frist von mindestens zwei Monaten. Begleichen Sie den Rückstand nicht fristgerecht, können wir den Vertrag kündigen. Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und waren Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Beitragszahlung in

Verzug, sind wir leistungsfrei. Auf die Rechtsfolgen weisen wir Sie im Mahnschreiben umfassend hin. Die Kündigung können wir für den Fall der Nichtzahlung der Beiträge bereits im Mahnschreiben erklären.

6.6 Sie können gegen unsere Beitragsforderung nur aufrechnen, soweit Ihr Anspruch von uns anerkannt oder rechtskräftig festgestellt ist.

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 versicherte Personen, die während des bestehenden Versicherungs-Verhältnisses, das 16., 21., 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 können wir die Beiträge entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungs-Verhältnisse neu festsetzen. Dies gilt nur, wenn 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 eine Abweichung von mehr als 10 Prozent, überprüfen wir die Beiträge und passen sie, soweit erforderlich, an. Ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, so können wir die Beiträge überprüfen und, soweit erforderlich, anpassen. Die Beitragsänderung wird zu Beginn des zweiten Monats nach Mitteilung der Neufestsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie wirksam.

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

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 diese Kenntnis von der Kündigungserklärung erlangt hat.

- Sie können den Versicherungs-Schutz insgesamt oder nur für einzelne versicherte Personen kündigen. Dies ist ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats möglich.
- Erreicht eine versicherte Person eine andere Altersgruppe und muss deshalb einen höheren Beitrag zahlen, können Sie das Versicherungs-Verhältnis der betroffenen Person kündigen. Die Kündigung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Beitragsänderung erfolgen. Sie gilt dann rückwirkend zum Zeitpunkt der Beitragsänderung.

7.2 Ihr Vertrag endet spätestens mit Ihrem Tod.

7.3 Versicherte Personen sind bei Kündigung ihres Versicherungs-Verhältnisses durch Sie oder bei Ihrem Tod berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungs-Verhältnisses zu erklären. Sie müssen hierbei einen künftigen Versicherungs-Nehmer benennen. Diese Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten ab Kenntniserlangung der versicherten Person von ihrem Recht abzugeben. Der Beitrag ist ab Fortsetzung des Vertrags zu zahlen.

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 die Aufhebung des gesamten Vertrags verlangen. Ihre Kündigung muss innerhalb von zwei Wochen nach Zugang unserer Kündigung erfolgen. Sie gilt dann zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens unserer Kündigung.

Kündigen wir den Vertrag wirksam wegen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung, kann die versicherte Person die Fortsetzung des Versicherungs-Verhältnisses erklären. Sie muss hierbei einen künftigen Versicherungs-Nehmer benennen. Der Beitrag ist ab Fortsetzung des Versicherungs-Verhältnisses zu zahlen. Wir informieren die versicherte Person in Textform über die Kündigung des Vertrags und das 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 Verlegt eine versicherte Person den gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU oder des Europäischen Wirtschaftsraums, endet insoweit das Versicherungs-Verhältnis. Dies gilt nicht, wenn wir bei einer nur vorübergehenden Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts eine abweichende Vereinbarung zur Fortsetzung mit Ihnen schließen.

7.7 Bei Fortfall der Versicherungsfähigkeit endet die Versicherung für die versicherte Person. Sie endet zum Monatsende in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt. Sie müssen uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich melden.

7.8 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 oder einer Änderung Ihrer Anschrift?

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 Falls Sie uns eine Änderung

- Ihrer Anschrift oder
- Namensänderung

nicht mitteilen, gilt Folgendes: Es genügt für eine Ihnen gegenüber abzugebende Erklärung die Absendung eines Einschreibens an die letzte uns von Ihnen bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefs als zugegangen.

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

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

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

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 gilt und welches Gericht ist zuständig?

10.1 Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

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

Für Klagen gegen Sie ist das Gericht Ihres Wohnsitzes zuständig.

11 Können sich Ihre Vertrags-Bedingungen zukünftig ändern?

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

11.2 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können wir die Bedingungen den veränderten Verhältnissen anpassen. Dies gilt nur, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungs-Nehmer erforderlich erscheinen. Außerdem muss ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt haben. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats nach Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie, wirksam.

Erhöht sich hierdurch der Beitrag, können Sie kündigen. Dies ist nur innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung bei Ihnen möglich. Die Kündigung gilt zum Zeitpunkt zu dem die Beitragserhöhung wirksam wird.

11.3 Wird durch

- höchstrichterliche Entscheidung oder
- durch Verwaltungsakt der Aufsichtsbehörde

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

12 Wann verjähren die Ansprüche?

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

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