

Bedingungen für die Zahnersatz-Versicherung Vertrags-Grundlage Tarif ZEZ

Versicherte Risiken und Leistungen im Versicherungs-Fall

- 1 Welche Leistungen erbringen wir und wann beginnt der Versicherungs-Schutz?
- 2 Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungs-Falls zu beachten und welche Folgen hat die Verletzung dieser Obliegenheiten?
- 3 An wen und wann erbringen wir die Leistung?

Beitrag und Vertrags-Laufzeit

- 4 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
- 5 Wann kann der Vertrag gekündigt werden bzw. wann endet der Vertrag?

Versicherte Risiken und Leistungen im Versicherungs-Fall

- 1 Welche Leistungen erbringen wir und wann beginnt der Versicherungs-Schutz?
- 1.1 Wir erbringen Leistungen nach diesem Tarif, wenn bei einer versicherten Person bei bestehendem Versicherungs-Schutz medizinisch notwendige Zahnersatz-Maßnahmen durchgeführt wurden. Dies gilt, sofern für diese Zahnersatz-Maßnahmen ein von der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannter Leistungs-Anspruch besteht (Versicherungs-Fall). Als Zahnersatz gelten Kronen, Brücken, Prothesen und implantatgetragener Zahnersatz, die jeweilige Reparatur sowie die jeweils notwendigen zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien. Die Zahnersatz-Maßnahme kann auch vor Beginn des Versicherungs-Schutzes angeraten worden sein. Versicherungs-Schutz besteht ab dem im Versicherungs-Schein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungs-Beginn).

Zudem enthält der Tarif einen erweiterten Versicherungs-Schutz. Dieser beginnt sechs Monate vor dem im Versicherungs-Schein bezeichneten Versicherungs-Beginn (Rückwärts-Versicherung). Wir erbringen die Leistungen daher auch, wenn bei einer versicherten Person medizinisch notwendige Zahnersatz-Maßnahmen innerhalb dieses Zeitraumes von sechs Monaten vor dem Versicherungs-Beginn begonnen und nach dem Versicherungs-Beginn beendet wurden. Die Zahnersatz-Maßnahme kann auch vor Beginn des erweiterten Versicherungs-Schutzes angeraten, darf aber noch nicht begonnen worden sein.

Eine Zahnersatz-Maßnahme beginnt mit der Erstellung des Heil- und Kostenplans oder mit der Reparatur von Zahnersatz und endet mit der Eingliederung des Zahnersatzes in den Kiefer oder mit dem Abschluss der Reparatur.

Weitere Regelungen

- 6 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf den Vertrag beziehen?
- 7 An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?
- 8 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?
- 9 Können sich Ihre Vertrags-Bedingungen zukünftig ändern?
- 10 Wann verjähren die Ansprüche?

Versicherungsfähig und versicherbar sind nur Personen, die bei einer gesetzlichen Krankenversicherung (Vorleistungs-Versicherung) versichert sind und in diesem Tarif bisher noch nicht versichert wurden.

Bei Eintritt des Versicherungs-Falls erhalten Sie eine Leistung in gleicher Höhe des von der gesetzlichen Krankenversicherung erstatteten Betrags für Zahnersatz-Maßnahmen. Wir zahlen jedoch nicht mehr als die noch verbleibende Differenz zu den erstattungsfähigen Aufwendungen. Das heißt, zusammen mit der Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie den Erstattungen Dritter, erhalten Sie maximal die erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt. 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 und für die Versicherungs-Schutz besteht.

Die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Zahnärzten und Ärzten steht frei.

1.2 Kein Versicherungs-Schutz besteht für:

- Zahnersatz-Maßnahmen, die bereits vor Beginn des erweiterten Versicherungs-Schutzes begonnen wurden,
- Zahnersatz-Maßnahmen, die vor dem Versicherungs-Beginn beendet wurden,
- 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 Maßnahmen 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,
 - auf Vorsatz beruhende Versicherungs-Fälle 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 Höchstsätze bzw. des dort festgesetzten Gebührenrahmens 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 Versicherungs-Falls 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 Leistungs-Fall prüfen können, bestehen folgende Obliegenheiten:
- 2.1 Werden Leistungen aus dem Tarif geltend gemacht, sind sämtliche Belege (z. B. Heil- und Kostenplan, Zahnarztrechnung, Material- und Laborkostenrechnung etc.) im Original mit Erstattungsvermerk der gesetzlichen Kranken-Versicherung einzureichen. Diese müssen den Vor- und Nachnamen der behandelten Person tragen. Die Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen müssen spezifiziert sein. Nachweise von Kosten für zahntechnische Leistungen sind ebenfalls einzureichen. 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 Versicherungs-Falls, unserer Leistungs-Pflicht oder des Leistungs-Umfangs erforderlich ist. Auf unser Verlangen hat die versicherte Person die behandelnden Zahnärzte bzw. Ärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und sich durch einen von uns beauftragten Zahnarzt bzw. Arzt untersuchen zu lassen.
- 2.3 Besteht ein Erstattungsanspruch 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 Versicherungs-Falls in häuslicher Gemeinschaft leben, können wir den Übergang des Ersatz-Anspruchs 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 Ihnen insoweit als Ihre Aufwendungen den Umständen nach geboten waren. Diese Kosten erstatten wir Ihnen vollständig und unabhängig von den erstattungsfähigen Aufwendungen. 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 Versicherungs-Falls bestehenden Obliegenheiten verletzt, können sich erhebliche rechtliche Nachteile ergeben. Dabei gilt:
Wird eine der genannten Obliegenheiten, die bei oder nach dem Eintritt eines Versicherungs-Falls 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 Leistungs-Freiheit 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 Versicherungs-Falls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungs-Pflicht 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 Versicherungs-Falls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungs-Pflicht 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 Versicherungs-Nehmer 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 Die Leistungen sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungs-Falls und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen.

Sind diese nicht bis zum Ablauf eines Monats seit Anzeige des Versicherungs-Falls 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.

Beitrag und Vertrags-Laufzeit

- 4 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
- 4.1 Die vereinbarten Beiträge sind ab Versicherungs-Beginn zu bezahlen. Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) wird sofort mit Zustandekommen des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungs-Schein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungs-Beginn). Die auf den erweiterten Versicherungs-Schutz (Rückwärts-Versicherung) entfallenden Beiträge sind bereits in den von Ihnen zu zahlenden Beiträgen enthalten und werden nicht gesondert in Rechnung gestellt. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zu Beginn der vereinbarten Zahlungsperiode zu entrichten.
- 4.2 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.

- 4.3 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.
- 4.4 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.
- 4.5 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 Versicherungs-Fall 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.
- 4.6 Nur soweit ein Anspruch von Ihnen gegen uns anerkannt oder rechtskräftig festgestellt ist, können Sie mit diesem gegen unsere Beitragsforderungen aufrechnen.
- 4.7 Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie Ihrem jeweils gültigen Versicherungs-Schein. Er richtet sich grundsätzlich nach dem erreichten Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Das Eintrittsalter ist die Anzahl der bei Versicherungs-Beginn vollendeten Lebensjahre.

Für Personen, die das 21. Lebensjahr vollenden, ist vom Beginn des folgenden Monats an der für 21-Jährige geltende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

- 4.8 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung des tatsächlichen Schadens-Bedarfs gegenüber der technischen Berechnungsgrundlage und der sich daraus errechneten Beiträge sind wir berechtigt, die Beiträge entsprechend den berechtigten 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 10 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

5 Prozent, so können die Beiträge von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Die Neufestsetzung des Beitrags wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe folgt.

- 5 Wann kann der Vertrag gekündigt werden bzw. wann endet der Vertrag?
- 5.1 Die Mindestvertrags-Dauer beträgt 24 Monate ab dem Versicherungs-Beginn. Das Versicherungs-Verhältnis kann insgesamt oder nur für einzelne versicherte Personen ohne Einhaltung einer Frist frühestens zum Ende der Mindestvertrags-Dauer von Ihnen gekündigt werden. Nach Ablauf der Mindestvertrags-Dauer können Sie das Versicherungs-Verhältnis insgesamt oder nur für einzelne versicherte Personen ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen. Die Kündigung 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.
- 5.2 Vollendet eine versicherte Person das 21. Lebensjahr, mit der Folge, dass ein höherer Beitrag dieser Altersgruppe zu zahlen ist, können Sie das Versicherungs-Verhältnis, unabhängig von der bestehenden Mindestvertrags-Dauer, hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten rückwirkend zum Zeitpunkt der Beitragsänderung kündigen.
- 5.3 Ihr Vertrag endet spätestens mit Ihrem Ableben.
- 5.4 Versicherte Personen sind bei Kündigung ihres Versicherungs-Verhältnisses durch Sie oder bei Ihrem Tod berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungs-Verhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungs-Nehmers zu erklären. Diese Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten ab dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person Kenntnis von ihrem Recht erlangt, abzugeben. Der Beitrag ist ab Fortsetzung des Vertrags zu leisten.
- 5.5 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 Versicherungs-Nehmers 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.

- 5.6 Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungs-Verhältnis.
- 5.7 Das Versicherungs-Verhältnis endet für die versicherte Person zum Ende des Monats in dem die Versicherungs-Fähigkeit entfällt. Sie sind verpflichtet, uns den Wegfall der Versicherungs-Fähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.
- 5.8 Mit Beendigung des Versicherungs-Verhältnisses endet der Versicherungs-Schutz auch für Versicherungs-Fälle, die zu diesem Zeitpunkt noch andauern (schwebende Versicherungs-Fälle).

Weitere Regelungen

- 6 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf den Vertrag beziehen?
- 6.1 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.
- 6.2 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.
- 7 An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?

Wir nehmen am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil. Den Ombudsmann erreichen Sie wie folgt:
Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de.
Der Ombudsmann ist der außergerichtliche Streitschlichter für die private Kranken- und Pflegeversicherung. Er nimmt zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherten und ihren Versicherungsunternehmen neutral und unabhängig Stellung. Seine Entscheidungen sind für beide Seiten nicht bindend.
Für Verbraucher gilt: Haben Sie den Vertrag elektronisch geschlossen (z.B. über eine Internetseite oder per E-Mail), können Sie sich bei Beschwerden auch an die Plattform zur Online-Streitbeilegung der Europäischen Union wenden. Diese finden Sie unter ec.europa.eu/consumers/odr. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.
Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) - Sektor Versicherungsaufsicht. Die Adresse lautet: Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de. Auch an die BaFin können Sie Beschwerden richten.
Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht Ihnen der

Rechtsweg offen.

- 8 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?
- 8.1 Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Soweit in den Vertrags-Vereinbarungen (Antrag, Versicherungs-Schein, Bedingungen, Verbraucher-Informationen, etc.) nichts abweichend vereinbart ist, gilt insbesondere das Versicherungs-Vertragsgesetz.
- 8.2 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.
- 8.3 Meinen wir, vertragliche Ansprüche gegen Sie einklagen zu müssen, können wir dies nur bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht tun.
- 8.4 Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder eines Vertrags-Staats des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, können Sie sich ausschließlich an das für unseren Geschäftssitz zuständige Gericht in Deutschland wenden.
- 9 Können sich Ihre Vertrags-Bedingungen zukünftig ändern?
- 9.1 Sollten einzelne Bestimmungen in den Versicherungs-Bedingungen unwirksam sein, wird dadurch die Geltung der übrigen Regelungen in Versicherungs-Bedingungen und vertraglichen Vereinbarungen nicht berührt.
- 9.2 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 Versicherungs-Nehmer 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 Versicherungs-Nehmer folgt.
- 9.3 Wurde durch eine höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen Verwaltungsakt der Aufsichtsbehörde eine Vertrags-Bestimmung 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 Vertrags-Partei eine unzumutbare Härte entsteht. Hierbei sind die Interessen der jeweils anderen Vertrags-Partei zu berücksichtigen. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertrags-Ziels die Belange der Versicherungs-Nehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungs-Nehmer mitgeteilt worden sind, Vertrags-Bestandteil.

10 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.

Übersicht der monatlichen Beiträge in den jeweiligen Altersgruppen

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

| Alter der versicherten Person | Tarif ZEZ (Stand: 01.09.2014) |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 0 – 20 | 22,40 € |
| ab 21 | 33,90 € |