

Tarif 3 - Übersicht

Tarif 3
Professionelle Zahnreinigung
in unbegrenzter Anzahl
versichert

15,80 €
pro Monat*

- Abschluss zum nächsten Monatsersten
- Erstattung für PZR bis zum 3,5-fachen des Gebührensatzes der GOZ

*Dargestellter Beitrag gilt für Patienten ab Alter 21

Beitrag für jüngere Patienten

- 5,10 € mtl. bis Alter 10
- 20,70 € mtl. ab Alter 11 bis Alter 20

Weitere Leistungen

- Erstattung pro Leistung bis zum **5,0-fachen des Gebührensatzes** der GOZ
- Kompositfüllungen, Wurzelbehandlungen, Parodontitisbehandlungen, Aufbiss- und Knirscherschienen
- Kieferorthopädie bis Alter 20 und bis maximal 2.000 € über die gesamte Vertragslaufzeit – jedoch nur wenn GKV NICHT vorleistet
- Kieferorthopädie ab Alter 21 nur bei Unfällen und bis maximal 2.000 € über die gesamte Vertragslaufzeit
- Zahnärztliches Bleaching ab Alter 18 bis maximal 100 € bzw. 250 € pro Versicherungsjahr (Erhöhung ab 3. VJ)
- Schleimhautbehandlungen
- Zahnärztliche Schnarcherschienen (nominal limitiert wie Bleaching)

Rahmendaten

- **Ohne Gesundheitsfragen**
- 1 Monat Mindestvertragslaufzeit, danach monatlich kündbar
- Sofortiger Leistungsanspruch ohne Wartezeit
- Vor Antragstellung angeratene PZR und Bleaching abgesichert
- Vor Antragstellung angeratene weitere Leistungen nicht abgesichert
- Zahnersatz nicht abgesichert
- Erstattung ohne Vorleistung der GKV
- Erstattung abgesehen von Kieferorthopädie, Bleaching und Schnarcherschiene ohne nominale Obergrenze

Weitere Informationen

Prüfen Sie über den QR-Code oder den angegebenen Link, ob sich der Tarif für Ihren individuellen Fall lohnt.



www.vvs-rb.de/tarif3

Hinweis: Tarif 3 ist die Bezeichnung von VPS.

Es handelt sich um die Tarifkombination der ERGO Krankenversicherung AG
Produkt: Dental- Vorsorge Premium Tarife DVB / DVE

LEISTUNGSVERGLEICH KV-ZUSATZ: ZAHN



Dental-Vorsorge (DVB) + Dental-Vorsorge Premium (DVE)

| Allgemein | |
|--|---|
| <p>Beitragsentwicklung im Alter (Unabhängig von der Beitragskalkulation kann es zu kostenbedingten Anpassungen in allen Tarifen kommen) Bitte beachten Sie, dass Beiträge vor dem 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen beinhalten. Das bedeutet, dass es beim Übergang vom Kinder- auf den Jugendlichentarif, sowie vom Jugendlichen- auf den Erwachsenenentarif zu Beitragsänderungen kommen kann.</p> | <p>Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet, Tarif nach Art der Sach kalkuliert.</p> <p>Beiträge: 0 - 10: 5,10 Euro 11 - 20: 20,70 Euro ab 21: 15,80 Euro</p> |
| <p><i>Erläuterung zu Beitragsentwicklung im Alter (Unabhängig von der Beitragskalkulation kann es zu kostenbedingten Anpassungen in allen Tarifen kommen) Bitte beachten Sie, dass Beiträge vor dem 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen beinhalten. Das bedeutet, dass es beim Übergang vom Kinder- auf den Jugendlichentarif, sowie vom Jugendlichen- auf den Erwachsenenentarif zu Beitragsänderungen kommen kann.: Bildet ein Vertrag Alterungsrückstellungen, legt die Versicherung von dem gezahlten Beitrag immer einen kleinen Teil als Sparbeitrag zurück. Mit diesem Sparstrumpf soll die Preissteigerung durch steigendes Alter und damit höherem Risiko ausgeglichen werden. Theoretisch zahlt der Versicherte, also während der gesamten Vertragslaufzeit den gleichen Beitrag.</i></p> | |
| Wartezeiten | keine Wartezeiten |
| <p><i>Erläuterung zu Wartezeiten: Die Wartezeit ist eine tariflich festgelegte Frist, während der die versicherte Person trotz bestehendem Versicherungsschutz noch keine Ansprüche geltend machen kann. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate ab Versicherungsbeginn. Es gibt besondere Wartezeiten für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie, diese erstrecken sich sogar über acht Monate. Bei einem Unfall entfallen die Wartezeiten.</i></p> | |
| Wartezeit - bestehen Regelungen zur Verkürzung der Wartezeiten? | keine Wartezeiten ✔ |
| <p><i>Erläuterung zu Wartezeit - bestehen Regelungen zur Verkürzung der Wartezeiten?: Wartezeiten können in den besonderen Bedingungen eines Versicherers verkürzt werden, wodurch sie von Versicherer zu Versicherer stark variieren können.</i></p> | |
| Erstattung ohne GKV-Vorleistung? | ✔ |
| <p><i>Erläuterung zu Erstattung ohne GKV-Vorleistung?: Zahnzusatztarife sind grundsätzlich als Ergänzung zur gesetzlichen Absicherung gedacht. Deshalb verlangen viele Tarife eine Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung.</i></p> | |
| Erstattung auch bei Zahnärzten ohne Kassenzulassung (Privatärzten) | ✔ |
| <p><i>Erläuterung zu Erstattung auch bei Zahnärzten ohne Kassenzulassung (Privatärzten): Als Patient eines Privatärztes müssen Sie privatversichert sein oder aber die Behandlung selbst bezahlen. Privatärzte sind nämlich keine sogenannten „Vertragsärzte“ (früher: Kassenärzte): Sie haben keine Zulassung für die Behandlung gesetzlich versicherter Patienten. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt deshalb die Kosten für eine Behandlung durch den Privatarzt nur, wenn es sich um einen Notfall handelt hat.</i></p> | |
| Zahnstaffel | ✘ |
| <p><i>Erläuterung zu Zahnstaffel: Zahnzusatztarife leisten meist nicht sofort in voller Höhe, die Leistungen sind entweder dauerhaft oder in den ersten Jahren begrenzt. Da Zahnzusatztarife häufig für mehrere Bereiche (Zahnersatz, Zahnerhalt, Kieferorthopädie, Prophylaxe) leisten, gelten oft auch die Summenbegrenzungen für die einzelnen Bereiche gesondert. Diese entfallen in der Regel, wenn die Kosten nachweislich auf einen eingetretenen Unfall nach Versicherungsbeginn zurückzuführen sind. Bitte achten Sie darauf, ob es sich um ein Kalenderjahr (das erste Jahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt und endet am 31.12. des dort angegebenen Jahres) oder Versicherungsjahr handelt.</i></p> | |
| Verzicht auf eine Begrenzung auf ortsübliche bzw. angemessene Preise und ein Preis-/ Leistungsverzeichnis | ✔ |
| <p><i>Erläuterung zu Verzicht auf eine Begrenzung auf ortsübliche bzw. angemessene Preise und ein Preis-/ Leistungsverzeichnis : Einige Tarife haben zusätzlichen Preisverzeichnisse; Hilfs- & Heilmittel sowie Material- & Laborkosten werden dabei nur gemäß einer beiliegenden Liste erstattet. Andere Tarife haben in den Bedingungen festgeschrieben, dass sie nur angemessene oder ortsübliche Preise bezahlen.</i></p> | |
| Zahnersatz | |
| Werden Leistungen für Zahnersatz erbracht? | ✘ |
| In welcher Höhe werden Leistungen für Zahnersatz erstattet? | ✘ |
| Wird über die Höchstsätze der GOZ erstattet? | ✘ |
| <p><i>Erläuterung zu Wird über die Höchstsätze der GOZ erstattet?: Unter dem Höchstsatz in der GOZ wird allgemein der 3,5-fache Satz für Zahnarzt Honorare, der 2,5-fache für technische Leistungen und 1,3-fache Satz für Laborleistungen verstanden.</i></p> | |
| Wie wird für Implantate erstattet? | ✘ |

| | |
|---|---------------------------------|
| Erläuterung zu Wie wird für Implantate erstattet?: | |
| <i>Ein Implantat kann man sich als künstliche Zahnwurzel vorstellen. In einem kleinen operativen Eingriff bringt der Zahnarzt eine Art Schraube direkt in den Kieferknochen ein, die dort fest verankert wird und mit der Zeit in den Knochen einwächst. Damit bietet ein Implantat ideale Bedingungen für hohe Stabilität und lange Haltbarkeit</i> | |
| Werden Inlays erstattet? | ✘ |
| Erläuterung zu Werden Inlays erstattet?: | |
| <i>Hochwertige Füllungen werde In- oder Onlay genannt. Diese werden in einem zahntechnischen Labor gefertigt und sind somit genauer an die Zahnschubstanz angepasst als Standardfüllungen. Mit dieser Zahnfüllung werden unter anderem die Folgen von Karies behandelt. Die angewandten Materialien können Amalgam, Gold oder aus Keramik sein. Auch sind Titan oder Kunststoff mittlerweile Optionen.</i> | |
| Keramikblendschalen/Veneers | ✘ |
| Erläuterung zu Keramikblendschalen/Veneers: | |
| <i>Veneers sind hauchdünne Keramikschalen, die überwiegend in der Oberkieferfront zum Einsatz kommen. Mit ihnen werden Fehlstellungen der Zähne ausgeglichen sowie Form- und Farbänderungen vorgenommen.</i> | |
| Knochenaufbau | ✘ |
| Erläuterung zu Knochenaufbau: | |
| <i>Damit ein Implantat im Kiefer fest einwachsen kann, muss vorher sichergestellt werden, ob genügend Kieferknochensubstanz vorhanden ist. Sowohl in der Breite als auch in der Höhe. Ansonsten besteht das Risiko, dass das eingesetzte Implantat keinen Halt hat und herausfällt. Beim Knochenaufbau wird das Zahnfleisch angehoben und die Substanz für den Aufbau eingebracht. Die Heilung dauert mehrere Monate.</i> | |
| Wird auf die Vorlage eines Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn verzichtet? | ✘ |
| Erläuterung zu Wird auf die Vorlage eines Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn verzichtet? : | |
| <i>Der Heil- und Kostenplan wird von Ihrem Zahnarzt erstellt, wenn Sie Zahnersatz benötigen. Ihr Zahnarzt dokumentiert dort den aktuellen Zahnstatus, welche Behandlungen erfolgen sollen und wie hoch die voraussichtlichen Kosten sind.</i> | |
| Werden Material- und Laborkosten erstattet? | ✘ |
| Erläuterung zu Werden Material- und Laborkosten erstattet?: | |
| <i>Die Laborkosten sind Kosten für zahntechnische Anfertigungen im Labor, z.B. Implantate. Außerdem gibt es berechenbare Verbrauchsmaterialien in der Zahnarztpraxis (sog. "Materialkosten"), wie z.B. Material für den Zahnabdruck</i> | |
| Berechnungsgrundlage | vom Rechnungsbetrag |
| Zahnbehandlung | |
| Werden Leistungen für Zahnbehandlung erbracht? | ✔ |
| Wird über die Höchstsätze der GOZ erstattet? | ✔ |
| | 5,0 fach, außer Prophylaxe/PZR |
| Erläuterung zu Wird über die Höchstsätze der GOZ erstattet?: | |
| <i>Unter dem Höchstsatz in der GOZ wird allgemein der 3,5-fache Satz für Zahnarztthonorare, der 2,5-fache für technische Leistungen und 1,3-fache Satz für Laborleistungen verstanden.</i> | |
| In welcher Höhe werden Leistungen für Zahnbehandlungen erstattet? | ✔ |
| | 100% inkl. Vorleistung der GKV. |
| Werden Leistungen für hochwertige Füllungen (keine Inlays) erbracht? | ✔ |
| Erläuterung zu Werden Leistungen für hochwertige Füllungen (keine Inlays) erbracht?: | |
| <i>Bei Kunststofffüllungen, die auch Kompositfüllungen genannt werden, handelt es sich um eine zahnfarbene Versorgung von kariösen Defekte an Frontzähnen und im Seitenzahnbereich. Die Füllungen werden in plastischem Zustand in das Zahnloch eingebracht und erhärten durch die chemische Abbindung.</i> | |
| Wurzelbehandlung | ✔ |
| Erläuterung zu Wurzelbehandlung: | |
| <i>Eine Wurzelbehandlung, auch Wurzelkanalbehandlung, ist eine zahnmedizinische Methode, abgestorbene oder entzündete Zähne von ihrer Entzündung zu befreien und sie dadurch vor der Herausnahme zu bewahren.</i> | |
| Parodontalbehandlung | ✔ |
| Erläuterung zu Parodontalbehandlung: | |
| <i>Als Parodontose wird umgangssprachlich oft die Parodontitis bezeichnet, die eine entzündliche Erkrankung des Zahnhalteapparats ist und die einen Rückgang von Knochen und Zahnfleisch bewirkt. Unbehandelt führt diese früher oder später zunächst zur Lockerung und später zum Verlust der Zähne.</i> | |
| Fissurenversiegelung | ✔ |

Erläuterung zu Fissurenversiegelung:

Die Fissurenversiegelung ist eine prophylaktische Maßnahme. Fissuren sind kleine Einkerbungen auf der Kaufläche eines Zahnes, welche an den großen Backenzähnen oft besonders ausgeprägt sind. Diese sind in der Tiefe meist so fein, dass sie nur schlecht zu reinigen und daher besonders anfällig für Karies sind. Um einer Karies vorzubeugen, werden die Fissuren versiegelt.

| | |
|--|-----------------------|
| Zahn-Bleaching | ✔ |
| 100 % der Aufwendungen bis zu 100 Euro in den ersten 2 Versicherungsjahren, danach bis zu 250 Euro je nachfolgende 2 Versicherungsjahre. Voraussetzung ist die Vollendung des 18. Lebensjahres. | |
| Professionelle Zahnreinigung | |
| Professionelle Zahnreinigung mitversichert | ✔ |
| Höhe der Erstattung | 100%, ohne Begrenzung |
| <i>Erläuterung zu Höhe der Erstattung:</i> Die professionelle Zahnreinigung ist eine Intensivreinigung Ihrer Zähne mit Spezialinstrumenten. Ziel ist es, krank machende und kosmetisch störende Beläge zu entfernen, die das Risiko für Karies und Parodontitis erhöhen. Die sog. PZR ist eine IGeL Leistung. | |
| Keine Wartezeit | ✔ |
| Kieferorthopädie | |
| Werden Leistungen für Kieferorthopädie bei Kindern/Jugendlichen erbracht? | ✔ |
| Werden Leistungen erbracht, wenn die GKV keine Vorleistung erbringt (KIG1-2)? | ✘ |
| <i>Erläuterung zu Werden Leistungen erbracht, wenn die GKV keine Vorleistung erbringt (KIG1-2)?:</i> Bei KIG 1 und 2 besteht nach Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung nicht die medizinische Notwendigkeit einer Maßnahme und somit auch keine Leistungspflicht. Das bedeutet, die Kosten sind immer vom Patienten zu tragen. Es besteht allerdings die Möglichkeit durch den Abschluss einer privaten Zahnzusatzversicherung diesen Bereich abzuschließen. | |
| Werden Leistungen erbracht, wenn die GKV Vorleistung erbringt (KIG 3-5)? | ✔ |
| 2.000 € in der Vertragslaufzeit Leistungsbegrenzungen: 1. VJ: 500 €, 1.-2. VJ: 1.000 €, 1.-3. VJ: 1.500 € | |
| <i>Erläuterung zu Werden Leistungen erbracht, wenn die GKV Vorleistung erbringt (KIG 3-5)? :</i> Für diese evtl. auftretenden Mehrkosten besteht ebenfalls die Option, diese durch den Abschluss einer privaten Zahnzusatzversicherung mit kieferorthopädischen Leistungen abzuschließen. | |
| Mini-Brackets | ✔ |
| 2.000 € in der Vertragslaufzeit Leistungsbegrenzungen: 1. VJ: 500 €, 1.-2. VJ: 1.000 €, 1.-3. VJ: 1.500 € | |
| <i>Erläuterung zu Mini-Brackets:</i> Mini-Brackets bestehen im Normalfall aus Metall. Diese Brackets sind einfach kleiner als „normale“ Brackets. Der Vorteil ist, dass es nicht nur schöner aussieht, sondern dass diese Brackets auch leichter zu reinigen sind. Mini-Brackets werden nicht von allen Zahnzusatztarifen erstattet. Es gibt einige Versicherer, die hier keine medizinische Notwendigkeit erkennen können. | |
| Kunststoff-/Keramik Brackets | ✔ |
| <i>Erläuterung zu Kunststoff-/Keramik Brackets:</i> Brackets sind kleine Halterungen für kieferorthopädische Bogendrähte, die im Zuge einer Behandlung mit einer festen Zahnspange mit Hilfe eines speziellen Klebers auf dem Zahn befestigt werden. | |
| Unsichtbare Zahnspange (Invisalign) | ✔ |
| <i>Erläuterung zu Unsichtbare Zahnspange (Invisalign):</i> Die "unsichtbare Zahnspange". Dabei werden transparente, herausnehmbare Schienen („Aligner“) gefertigt, die dann getragen werden. Diese herausnehmbaren Schienen sind aufgrund des durchsichtigen Materials auf den Zähnen fast nicht zu sehen | |
| Farblose Bögen | ✔ |
| <i>Erläuterung zu Farblose Bögen:</i> Der Bogen, der einzelne Brackets einer festsitzenden Zahnspange verbindet kann auch farblos sein. Damit sind Zahnspangen weniger auffällig. | |
| Lingualtechnik | ✔ |
| <i>Erläuterung zu Lingualtechnik:</i> Die Lingualtechnik ist ein kieferorthopädisches Behandlungsverfahren, bei dem die feste Spange (Lingualspange) auf der Zahninnenseite angebracht wird. | |
| Festsitzende Retainer | ✔ |

Erläuterung zu Festsitzende Retainer:

Der sogenannte "Retainer" ist eine Nachsorge-Maßnahme und sichert den dauerhaften Erfolg einer kieferorthopädischen Behandlung ab. So handelt es sich bei einem Retainer im Prinzip um einen "Zahn-Stabilisator", der die Zähne in der Position zum Zeitpunkt des erfolgreichen Abschlusses einer KFO-Behandlung hält.

| | |
|---|---|
| Kieferorthopädische Funktionsanalyse | ✔ |
| Kieferorthopädie bei Erwachsenen (Altersgrenze - sofern vorhanden - beachten) | nur bei Unfall |
| Besonderheiten | |
| Gibt es Besonderheiten? | keine Besonderheiten |
| Annahmerichtlinien | |
| Annahme bis zu wie viel fehlenden Zähnen? | unbegrenzt |
| Zuschlag pro fehlendem Zahn? | kein Zuschlag |
| Mitversicherung der fehlenden Zähne bei Annahme (Voraussetzung s.o. Leistungspunkt) | ✘ |
| | für bei Vertragsschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne besteht bei Zahnersatzmaßnahmen kein Versicherungsschutz |
| Gesundheitsfragen | keine Gesundheitsfragen |

Legende: ✔ = versichert (im Rahmen der Bedingungen) ✘ = nicht versichert 🟡 = optional einschließbar

Dieses Druckstück dient nur der vorläufigen Information und ist eine unverbindliche Übersicht und Orientierungshilfe.

Weder die VEMA eG noch der genannte Versicherungsmakler übernehmen eine Gewähr für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität der berücksichtigten Tarif-, Beitrags- und Leistungsdaten und allgemeinen Hinweisen.

Kosten, Umfang sowie Leistungen des Versicherungsschutzes ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den besonderen Bestimmungen der Tarife, der Versicherungspolice sowie weiteren schriftlichen Vereinbarungen.

Dieser Leistungsvergleich wurde am 10.03.2024 erstellt.

Zahnzusatzversicherung

Erläuterungen zu den Leistungspunkten

Wir wollen, dass Sie verstehen, was Ihnen ein Tarif bieten kann. Denn viele Begriffe aus der Versicherungswelt können für einen Kunden verwirrend sein und zu Missverständnissen führen. Auf den nachstehenden Seiten beschreiben wir daher die einzelnen Leistungspunkte rund um die Zahnzusatzversicherung etwas anschaulicher. Wenn trotzdem noch Fragen offen bleiben sollten, zögern Sie bitte nicht, uns zu kontaktieren. Wir sind als Ihr Ansprechpartner für alle Bereiche der Vorsorge sehr gerne für Sie da!



© WaventreeMediatica, Fotolia #73983885

Preis-Leistungs-Verzeichnis

Im Gegensatz zu zahnärztlichen Honoraren, welche in der GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) einheitlich geregelt sind, gibt es für Zahnersatzmaterialien keine Einheitspreise – die Kosten schwanken je nach zahntechnischem Labor teilweise erheblich. Um sich hier abzusichern, arbeiten einige Versicherungsgesellschaften mit festgelegten Preisverzeichnissen, in dem maximal erstattungsfähige Beträge für zahntechnische Laborleistungen und Materialkosten aufgeführt werden.

IGeL-Leistungen

Es gibt medizinische Leistungen, die Sie als Kassenpatient in der Arztpraxis selbst bezahlen müssen. Diese Leistungen heißen Individuelle Gesundheitsleistungen oder kurz IGeL.

Prof. Zahnreinigung (PZR)

Die professionelle Zahnreinigung ist eine Intensivreinigung Ihrer Zähne mit Spezialinstrumenten. Ziel ist es, krank machende und kosmetisch störende Beläge zu entfernen, die das Risiko für Karies und Parodontitis erhöhen. Die sog. PZR ist eine IGeL-Leistung.

Alterungsrückstellungen

Bildet ein Vertrag Alterungsrückstellungen, legt die Versicherung von dem gezahlten Beitrag immer einen kleinen Teil als Sparbeitrag zurück. Mit diesem Sparstrumpf soll die Preissteigerung durch steigendes Alter und damit höherem Risiko ausgeglichen werden. Theoretisch zahlt der Versicherte also während der gesamten Vertragslaufzeit den gleichen Beitrag.

GOZ

Die Gebührenordnung für Zahnärzte bestimmt die Vergütung der zahnärztlichen Leistungen für Versicherte. Darüber hinaus regelt sie die Abrechnungshöhe für den Anteil von Behandlungen, die von den Kassenpatienten selbst übernommen werden müssen.

Höchstsätze GOZ

Unter dem Höchstsatz in der GOZ wird allgemein der 3,5-fache Satz für Zahnarzt Honorare, der 2,5-fache für technische Leistungen und 1,3-fache Satz für Laborleistungen verstanden.

Wartezeiten

Die Wartezeit ist eine tariflich festgelegte Frist, während der die versicherte Person trotz bestehendem Versicherungsschutz noch keine Ansprüche geltend machen kann. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate ab Versicherungsbeginn. Es gibt besondere Wartezeiten für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung und Kieferorthopädie, diese erstrecken sich sogar über acht Monate. Bei einem Unfall entfallen die Wartezeiten. Wartezeiten können in den besonderen Bedingungen eines Versicherers verkürzt werden, wodurch sie von Versicherer zu Versicherer stark variieren können.

Zahnstaffel

Zahnzusatztarife leisten meist nicht sofort in voller Höhe, die Leistungen sind entweder dauerhaft oder in den ersten Jahren begrenzt. Da Zahnzusatztarife häufig für mehrere Bereiche (Zahnersatz, Zahnerhalt, Kieferorthopädie, Prophylaxe) leisten, gelten oft auch die Summenbegrenzungen für die einzelnen Bereiche gesondert. Diese entfallen in der Regel, wenn die Kosten nachweislich auf einen eingetretenen Unfall nach Versicherungsbeginn zurückzuführen sind.

Heil- und Kostenplan

Der Heil- und Kostenplan wird von Ihrem Zahnarzt erstellt, wenn Sie Zahnersatz benötigen. Ihr Zahnarzt dokumentiert dort den aktuellen Zahnstatus, welche Behandlungen erfolgen sollen und wie hoch die voraussichtlichen Kosten sind.

Wurzelbehandlung

Eine Wurzelbehandlung, auch Wurzelkanalbehandlung, ist eine zahnmedizinische Methode, abgestorbene oder entzündete Zähne von ihrer Entzündung zu befreien und sie dadurch vor der Herausnahme zu bewahren.

Paradontalbehandlung

Als Parodontose wird umgangssprachlich oft die Parodontitis bezeichnet, die eine entzündliche Erkrankung des Zahnhalteapparats ist und die einen Rückgang von Knochen und Zahnfleisch bewirkt. Unbehandelt führt diese früher oder später zunächst zur Lockerung und später zum Verlust der Zähne.

Zahnzusatzversicherung

Fissurenversiegelung

Die Fissurenversiegelung ist eine prophylaktische Maßnahme. Fissuren sind kleine Einkerbungen auf der Kaufläche eines Zahnes, welche an den großen Backenzähnen oft besonders ausgeprägt sind. Diese sind in der Tiefe meist so fein, dass sie nur schlecht zu reinigen und daher besonders anfällig für Karies sind. Um einer Karies vorzubeugen, werden die Fissuren versiegelt.

Brackets

Brackets sind kleine Halterungen für kieferorthopädische Bogendrähte, die im Zuge einer Behandlung mit einer festen Zahnspange mit Hilfe eines speziellen Klebers auf dem Zahn befestigt werden.

Invisalign

Die „unsichtbare Zahnspange“. Dabei werden transparente, herausnehmbare Schienen („Aligner“) gefertigt, die dann getragen werden. Diese herausnehmbaren Schienen sind aufgrund des durchsichtigen Materials auf den Zähnen fast nicht zu sehen.

Kieferorthopädische Funktionsanalyse

Gnathologie, auch Funktionsdiagnostik oder Funktionsanalyse genannt, befasst sich mit der Funktion der Kiefer, also der Beziehung von Ober- und Unterkiefer zueinander. Hier können vielfältige Störungen auftreten, die wiederum eine Vielzahl von Beschwerden verursachen können, z. B. schmerzende oder knackende Kiefergelenke. Mittels der Funktionsdiagnostik wird der Ursache der Beschwerden auf den Grund gegangen, um nachfolgend geeignete Therapiemaßnahmen festlegen zu können.

Implantat

Ein Implantat ist eine künstliche Zahnwurzel und dient dem Ersatz fehlender Zähne. Implantate sind eine sehr flexible Art des Zahnersatzes, denn auf ihnen können, je nach vorhandener Situation, sowohl Kronen als auch Brücken oder Prothesen verankert werden. Sie bieten somit die Möglichkeit, einen einzelnen Zahn bis hin zum vollständig zahnlosen Kiefer mit einem Zahnersatz zu versorgen.

Inlay

Ein Inlay, auch Einlagefüllung genannt, ist eine Art einer Zahnfüllung. Sie stellt eine Alternative zu einer herkömmlichen plastischen Zahnfüllung dar. Der Unterschied zwischen plastischen Füllungen und Inlays liegt im Aufwand der Herstellung.

KIG

Die „kieferorthopädische Indikationsgruppe“ (KIG) 1 bis 5 bezeichnet den Schweregrad einer Zahn- oder Kieferfehllstellung, wobei die GKV bei Einstufung in KIG 3 (ausgeprägte Zahnfehllstellungen), KIG 4 (stark ausgeprägte Zahnfehllstellungen) und KIG 5 (extrem stark ausgeprägte Zahnfehllstellungen) leistet, nicht bei KIG 1 (leichte Zahnfehllstellungen) und 2 (Zahnfehllstellungen geringer Ausprägung).

Farblose Bögen

Der Bogen, der einzelne Brackets einer festsitzenden Zahnspange verbindet, kann auch farblos sein. Damit sind Zahnspangen weniger auffällig.

Lingualtechnik

Die Lingualtechnik ist ein kieferorthopädisches Behandlungsverfahren, bei dem die feste Spange (Lingualspange) auf der Zahnninnenseite angebracht wird.

Material- und Laborkosten

Die Laborkosten sind Kosten für zahntechnische Anfertigungen im Labor, z. B. Implantate. Außerdem gibt es berechenbare Verbrauchsmaterialien in der Zahnarztpraxis (sog. „Materialkosten“), wie z. B. Material für den Zahnabdruck.

Festzuschuss

Für in Deutschland gesetzlich Krankenversicherte gibt es bei Behandlungen für Zahnersatz das so genannte befundbezogene Festzuschuss-system. Für jede Maßnahme mit Zahnersatz muss es einen Befund geben, der dann über einen Heil- und Kostenplan der Krankenkasse zu melden ist, sofern eine Behandlung gewünscht wird. Für jeden Befund gibt es einen in einer Liste festgesetzten Zuschuss. Der Patient kann seinen Festzuschuss durch ein regelmäßig geführtes Bonusheft erhöhen. Im Bereich Zahnerhalt, z. B. für Wurzelbehandlungen, gibt es KEINE befundbezogenen Festzuschüsse, sondern ein Punktesystem, wobei jeder Punkt dann einen bestimmten Wert hat.

Pauschaler/fiktiver Abzug bei Privatarzt

Eine Zahnzusatzversicherung ist normalerweise als Zusatz zur gesetzlichen Krankenversicherung konzipiert und soll somit die Lücke zwischen der Regelversorgung durch die Krankenkasse und der höherwertigen privatärztlichen Versorgung decken. In der Regel leisten die Zahnzusatz-tarife daher auch nur dann, wenn zustehende Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auch in Anspruch genommen werden. Die meisten reinen Privat Zahnärzte haben aber keine Kassenzulassung, daher nehmen die Versicherer oft eine pauschale Leistungskürzung vor.

Zahn-Zusatzversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: ERGO Krankenversicherung AG, Deutschland

ERGO

Produkt: Dental-Vorsorge Premium Tarife DVB, DVE

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

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

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

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

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Zahnerhaltversicherung für gesetzlich Krankenversicherte.



Was ist versichert?

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



Was ist nicht versichert?

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



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

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



Wo bin ich versichert?

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



Welche Verpflichtungen habe ich?

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



Wann und wie zahle ich?

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

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



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

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

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

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

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



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

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

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

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

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

Für den Vertrag gelten:

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

1. Wer ist Ihr Vertragspartner?

ERGO Krankenversicherung AG,
Karl-Martell-Str. 60, 90344 Nürnberg,

gesetzlich vertreten durch den Vorstand:
Frauke Fiegl (Vorsitzende), Nina Henschel, Christoph Klawunn,
Christine Voß.

Vorsitzende des Aufsichtsrats: Anja Berner.

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

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit ist das Betreiben von Kranken-
Zusatzversicherungen.

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

2. Welche Leistungen erhalten Sie aus Ihrem Vertrag?

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

3. Welche Beiträge sind zu zahlen?

Die zu zahlenden Beträge entnehmen Sie bitte der Tariftabelle im
Beitragsblatt

Die Beiträge sind monatlich zu zahlen.

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

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

4. Welche Nebenkosten fallen zusätzlich zum Beitrag an?

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

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

5. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Die Beiträge sind ab Vertragsbeginn zu zahlen. Der erste Bei-
trag (**Erstbeitrag**) wird sofort mit Zustandekommen des Ver-
trags fällig, jedoch nicht vor dem 01.09.2024. Alle weiteren
Beiträge (**Folgebeiträge**) sind jeweils zu Beginn der monat-
lichen Zahlungsperiode zu zahlen.

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

6. Wie lange gilt unser Vertragsangebot?

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

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

Ihr Vertrag kommt sofort über Internet zustande. Der Versi-
cherungsschutz beginnt mit dem 01.09.2024. Allerdings ent-
fällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Zahlung des
Erstbeitrags.

8. Können Sie Ihren Antrag widerrufen?

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

- der Versicherungs-Schein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der
für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemei-
nen Versicherungs-Bedingungen, diese wieder-
um einschließlich der Tarifbestimmungen,
- die Widerrufsbelehrung nach § 8 Abs. 2 Nr. 2

- des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 VVG in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung in dieser Kundeninformation und im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

jeweils in Textform zugegangen sind.

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

ERGO Krankenversicherung AG

Karl-Martell-Str. 60

90344 Nürnberg

Telefax: 0911 / 148 1539

E-Mail: kundenservice.kranken@ergo.de

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungs-Schutz und der Versicherer hat Ihnen gemäß den gesetzlichen Vorgaben den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungs-Schutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Den Teil der Beiträge, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall gemäß den gesetzlichen Vorgaben einbehalten; dabei handelt es sich um den anteiligen, sich aus den Vertragsunterlagen ergebenden Betrag. Über diese gesetzlichen Vorgaben hinaus erstatten wir im Falle des wirksamen Widerrufs stets gezahlte Beiträge nicht nur anteilig, sondern vollständig. Dies gilt nicht, wenn wir bereits länger als drei Monate Versicherungs-Schutz gewährt oder bereits Leistungen erbracht haben. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungs-Schutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Bitte beachten Sie die Widerrufsbelehrung in Ihrem Versicherungs-Schein.

9. Wie lange läuft Ihr Vertrag?

Der Vertrag ist unbefristet.

Endet der Versicherungs-Schutz für den zugehörigen Grundtarif, endet gleichzeitig auch der Versicherungs-Schutz nach Tarif DVE.

10. Können Sie Ihren Vertrag vorzeitig beenden?

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

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

11. Welches Recht und welche Sprache finden Anwendung?

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

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

Versicherungsfall und Leistungen

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

Versicherungsschutz und Beitrag

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

Versicherungsfall und Leistungen

1 Welche Leistungen erbringen wir und was ist nicht versichert?

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

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

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

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

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

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

Weitere Regelungen

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

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

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

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

1.1.1 Mit dem Grundtarif DVB sichern Sie sich

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

Dazu zählen:

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

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

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

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

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

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

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

Dazu zählen:

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1.2 Mit dem Zusatztarif DVE sichern Sie sich

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

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

1.1.3 Für die Tarife DVB und DVE gilt:

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

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

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

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

1.2 Kein Versicherungsschutz besteht für:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3 An wen und wann erbringen wir die Leistung?

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

4 Wann können Sie einen Tarifwechsel verlangen?

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

dass Sie hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbaren.

Versicherungsschutz und Beitrag

5 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

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

6 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

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

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

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

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

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

Weitere Regelungen

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

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

Die Vertragssprache ist deutsch.

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

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

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

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

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

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

10 Welches Recht gilt und welches Gericht ist zuständig?

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

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

Für Klagen gegen Sie ist das Gericht Ihres Wohnsitzes zuständig.

11 Können sich Ihre Versicherungsbedingungen zukünftig ändern?

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

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

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

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

12 Wann verjähren die Ansprüche?

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

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

Übersicht der monatlichen Beiträge in den jeweiligen Altersgruppen

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

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

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

Datenschutzhinweise bei Beantragung des Versicherungsvertrages

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

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich?

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

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

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

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

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

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

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten, z. B. Ihre Gesundheitsdaten, erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG. Die Verarbeitung ist ohne Einwilligung zulässig, wenn dies zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist. (Vgl. § 24 Abs. 1 Nr. 2 BDSG, Art. 9 Abs. 2 f) DSGVO).

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

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

- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten. Insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können,
- zu Analysezwecken auf Kundengruppenebene,
- zum Schutz der Versichertengemeinschaft vor Zahlungsausfällen,
- zum Abgleich gegen die sogenannten „Terrorlisten“ bzw. „US-Sanktionslisten“, um sicherzustellen, dass keine Gelder oder sonstigen wirtschaftlichen Ressourcen für terroristische Zwecke bereitgestellt werden. Aufgrund der europäischen Antiterrorverordnungen 2580/2001 und 881/2002 sind wir zum Datenabgleich sogar gesetzlich verpflichtet.

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

Widerspruchsrecht

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

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

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

An welche Empfänger leiten wir Ihre personenbezogenen Daten weiter?

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei spezialisierten Versicherungsunternehmen - den sogenannten Rückversicherern. Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.

Vermittler:

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

Datenverarbeitung in der ERGO Gruppe:

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

Externe Dienstleister:

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

Weitere Empfänger:

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

Welche anderen Datenquellen nutzen wir?

Bonitätsauskünfte

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

Wie übermitteln wir Daten ins außereuropäische Ausland?

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

Sind auch automatisierte Einzelfallentscheidungen möglich?

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

Im Laufe der Vertragsdurchführung treffen wir in einigen Fällen auch automatisierte Entscheidungen. Wir kündigen einen Vertrag automatisch, wenn Sie mit der Zahlung ihrer Beiträge in Verzug sind und auf unsere Mahnungen nicht reagieren. Bei diesen automatisierten Entscheidungen verarbeiten wir insbesondere die Daten über Ihre Beitragszahlungen.

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

Wie lange speichern wir Ihre Daten?

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

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

Welche Rechte haben Sie?

Sie haben neben dem Widerspruchsrecht ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung Ihrer Daten und auf Einschränkung der Verarbeitung. Wir stellen Ihnen die von Ihnen bereitgestellten Daten auf Wunsch in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zur Verfügung. Falls Sie Daten einsehen oder etwas ändern wollen, wenden Sie sich bitte an die vorgenannte Adresse.

Möchten Sie sich über den Umgang mit Ihren Daten beschweren?

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

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)
Promenade 18
91522 Ansbach

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

1. Welche technischen Schritte führen zum Vertragsschluss?

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

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

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

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

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

4. Welche Sprachen stehen zur Verfügung?

Es steht ausschließlich die deutsche Sprache zur Verfügung.

5. Welche Verhaltensregeln gelten für uns?

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

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

Versicherungssteuerrechtliche Erklärung Befreiung von Versicherungssteuer nach dem Versicherungsteuergesetz (VersStG)

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

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

Als Angehörige bzw. nahe Angehörige gelten:

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

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

Für meine Unterlagen

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

Beratungsverzichtserklärung bezüglich meines Vertragsabschlusses

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

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

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