

## Bedingungen für die Zahnersatz- / Zahnerhalt-Versicherung für gesetzlich Krankenversicherte ohne Gesundheitsfragen - Vertragsgrundlagen Tarif ZAB, ZAE, ZBB, ZBE

### 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 Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten)?
- 3 An wen und wann erbringen wir die Leistung?
- 4 Wann können Sie einen Tarifwechsel verlangen?

### Versicherungs-Schutz und Versicherungsbeitrag

- 5 Wann beginnt der Versicherungs-Schutz?

- 6 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

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

### Weitere Regelungen

- 8 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf den Vertrag beziehen?
- 9 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?
- 10 Können sich Ihre Vertrags-Bedingungen zukünftig ändern?
- 11 Wann verjähren die Ansprüche?

### Versicherungsfall und Leistungen

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

- 1.1 Ihre Zahnversicherung umfasst je nach dem Inhalt der vertraglichen Vereinbarung folgende Tarife ZAB, ZAE, ZBB, ZBE. Den Umfang Ihres Versicherungs-Schutzes entnehmen Sie Ihrem Versicherungs-Schein und den Vertragsunterlagen.

Wir erbringen Leistungen, wenn einer versicherten Person bei bestehendem Versicherungs-Schutz medizinisch notwendige **Zahnersatz- (Tarife ZAB und ZAE) bzw. Zahnerhalt-Maßnahmen (Tarife ZBB und ZBE)** für bei Vertragsschluss vorhandene Zähne oder dauerhaften Zahnersatz erstmals angeraten und durchgeführt wurden (Versicherungsfall). Für bei Vertragsschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne besteht damit kein Versicherungs-Schutz.

Versicherungs-Schutz nach den Zusatztarifen ZAE und ZBE besteht nur und solange Versicherungs-Schutz nach dem zugehörigen Grundtarif gegeben ist. Für den Zusatztarif ZAE ist der zugehörige Grundtarif der ZAB. Für den Zusatztarif ZBE ist der zugehörige Grundtarif der ZBB.

Versicherungsfähig und versichert sind nur Personen, wenn und solange sie bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (Vorleistungsversicherung) versichert sind.

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

Anrechenbare Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist der Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung als Erstattungsbetrag für die Zahnerhalt- bzw. Zahnersatz-Maßnahme vorsieht und erbringt.

Erbringt die gesetzliche Krankenversicherung eine für die Zahnersatz-Maßnahme an sich vorgesehene Leistung nicht, z. B. weil die Behandlung durch Zahnärzte bzw. Ärzte ohne kassenärztliche Zulassung oder im Ausland erfolgt oder bei Verzicht auf die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, so werden als Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung in den Tarifen ZAB und ZAE pauschal 35 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen angerechnet. Eventuell zu tragende Eigenanteile wie z. B. Verwaltungskostenanteile oder Selbstbehalte

mindern die anrechenbare Vorleistung nicht. Die sogenannte Praxisgebühr wird nicht erstattet. Allein Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung begründen keinen Anspruch aus diesen Tarifen.

### Zahnersatz-Maßnahmen - Tarife ZAB und ZAE

Die Aufwendungen für erbrachte Leistungen sind erstattungsfähig, wenn die Zahnersatz-Maßnahme durch einen niedergelassenen approbierten Zahnarzt bzw. Arzt erfolgt und soweit die Aufwendungen innerhalb des in der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte festgelegten Gebührenrahmens liegen und den dortigen Vorschriften entsprechen.

### Mit dem Tarif ZAB sichern Sie sich:

- 75 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Zahnersatz-Maßnahme einschließlich anrechenbarer Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Erstattungen Dritter, wenn hierfür vollständig oder teilweise privat(zahn)ärztliche Vergütungsanteile nach Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden (höherwertige Versorgung). Mindestens erbringen wir eine Leistung in gleicher Höhe wie den von der gesetzlichen Krankenversicherung erstatteten Betrag, jedoch maximal 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen einschließlich der Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie den Erstattungen Dritter.
- 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Zahnersatz-Maßnahme einschließlich anrechenbarer Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Erstattungen Dritter, wenn hierfür keine privat(zahn)ärztlichen Vergütungsanteile nach Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden (Regelversorgung).

### Mit dem Zusatztarif ZAE erhöhen Sie Ihren Versicherungs-Schutz für höherwertige Zahnersatz-Maßnahmen gegenüber dem Grundtarif ZAB von 75 Prozent auf:

- 90 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Zahnersatz-Maßnahme einschließlich den Leistungen aus dem zugehörigen Grundtarif, anrechenbarer Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Erstattungen Dritter, sofern Ihre Gesamtabsicherung nach

dem Grundtarif insgesamt nicht zu einer höheren Leistung führt.

Wir erbringen Leistungen nach den Tarifen ZAB und ZAE, wenn einer versicherten Person bei bestehendem Versicherungsschutz medizinisch notwendige **Zahnersatz-Maßnahmen** für bei Vertragsschluss vorhandene Zähne oder dauerhaften Zahnersatz erstmals angeraten und durchgeführt wurden (Versicherungsfall).

**Zahnersatz-Maßnahmen sind:**

- Kronen,
  - Brücken,
  - Prothesen,
  - implantatgetragener Zahnersatz und
  - Implantate,
- einschließlich
- notwendig werdender Reparaturen des Zahnersatzes zur Wiederherstellung dessen Funktionsfähigkeit,
  - der Eingliederung von Provisorien,
  - Aufbissbehelfen und Schienen (ausgenommen Knirscherschienen),
  - vorbereitender diagnostischer, therapeutischer, funktionstherapeutischer und funktionsanalytischer Leistungen im unmittelbaren Zusammenhang mit der Zahnersatz-Maßnahme,
  - zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien.

Keine Zahnersatz-Maßnahmen sind Zahnerhalt-Leistungen wie Einlagefüllungen (z. B. Inlays), Kunststofffüllungen; Vorsorge- und Prophylaxe-Maßnahmen wie u. a. Mundhygiene, Fissurenversiegelung, Fluoridbehandlung, Parodontosebehandlung, professionelle Zahnreinigung, kieferorthopädische Leistungen.

**Zahnerhalt-Maßnahmen - Tarife ZBB und ZBE**

Für Zahnerhalt-Maßnahmen nach den Tarifen ZBB und ZBE steht Ihnen die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Zahnärzten und Ärzten frei. Die Aufwendungen für erbrachte Leistungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen liegen.

Erstattungsfähig sind die im Rahmen einer medizinisch notwendigen Versorgung entstehenden Kosten für Zahnerhalt-Maßnahmen. Allein die Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung begründet keinen Anspruch aus diesen Tarifen. Nicht erstattungsfähig sind nach den Tarifen ZBB und ZBE die Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen, Zahnersatzmaßnahmen (wie z. B. Kronen, Brücken, Prothesen, implantologische Maßnahmen) und kosmetische Zahnbehandlungen (wie z. B. Verblendschalen und Bleaching).

**Mit dem Grundtarif ZBB sichern Sie sich**

100 Prozent der verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- Einlagefüllungen (Inlays und Onlays),
- Kunststofffüllungen,
- Knirscherschienen

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

**Mit dem Zusatztarif ZBE sichern Sie sich**

100 Prozent der verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- Wurzelbehandlungen,
- Parodontosebehandlungen

und die damit verbundenen **zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien**.

**Sie erhalten zusätzlich Leistungen für zahnmedizinische Individualprophylaxe-Maßnahmen aus den Tarifen ZBB und ZBE**

Für **zahnmedizinische Individualprophylaxe-Maßnahmen** zahlen wir Ihnen aus dem Tarif ZBB die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Betrag von maximal 50,00 Euro pro Versicherungsjahr. Erstattungsfähige Aufwendungen, die den Betrag von 50,00 Euro übersteigen, werden nach dem Tarif ZBE erstattet.

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

- 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.

**Leistungs-Begrenzungen in den Tarifen ZAB, ZAE, ZBB und ZBE**

Für die Leistungen aus den Tarifen ZAB, ZAE, ZBB und ZBE bestehen innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre jeweils Leistungs-Begrenzungen. So beträgt die Gesamtleistung je versicherter Person:

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

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

Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Beginn des jeweiligen Tarifs. Bei den Zusatztarifen ZAE und ZBE endet das erste Versicherungs-

jahr mit dem Versicherungsjahr des zugehörigen Grundtarifs. Die Leistungen werden dabei dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung durchgeführt wurde.

Tritt der Versicherungsfall als Folge eines Unfalls ein, so entfallen hierfür die summenmäßigen Begrenzungen der ersten vier Versicherungsjahre. Werden in einem solchen Fall Leistungen erbracht, werden diese nicht auf die summenmäßigen Begrenzungen angerechnet.

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 Zahnerhalt- bzw. Zahnersatz-Maßnahme medizinisch notwendig macht.

### 1.2 Sie erhalten keine Leistungen aus den Tarifen ZAB, ZAE, ZBB und ZBE für:

- zahnärztliche bzw. ärztliche Maßnahmen sowie Zahnersatz-Maßnahmen, oder zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen. In diesem Fall wird unsere Leistung auf den angemessenen Betrag herabgesetzt.
- Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden erstattet.

### In den Tarifen ZBB und ZBE besteht darüber hinaus kein Versicherungs-Schutz für:

- nach Vertragsschluss eingetretene Versicherungsfälle für den Teil, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt,
- die Teile einer Liquidation, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte nicht entsprechen oder die dort festgesetzten Höchstsätze überschreiten,
- Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen,
- über die Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte hinausgehende vereinbarte Abrechnungen,
- auf Vorsatz beruhende Versicherungsfälle und Unfälle einschließlich deren Folgen.

### 1.3 Der Versicherungs-Schutz gilt weltweit. Leistungen von Heilbehandlern im Ausland sind nur insoweit erstattungsfähige Aufwendungen, als die in Rechnung gestellten Beträge entsprechend der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden können und im Rahmen 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 Versicherungsfalls zu beachten und welche Folgen hat die Verletzung dieser Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten)?

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

- 2.1 Werden Leistungen aus den Tarifen geltend gemacht, sind in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehene Leistungen sowie Erstattungsansprüche gegen Dritte in Anspruch zu nehmen und sämtliche Belege (z. B. Zahnarztrechnung, Material- und Laborkostenrechnung etc.) im Original mit Erstattungsvermerk der gesetzlichen Krankenversicherung einzureichen. Diese 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. Die vorgelegten Nachweise werden unser Eigentum.
- 2.2 Sie und die versicherte Person haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls, unserer Leistungspflicht oder des Leistungsumfangs erforderlich ist. Auf unser Verlangen hat die versicherte Person die behandelnden Zahnärzte bzw. Ärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und sich durch einen von uns beauftragten Zahnarzt bzw. Arzt untersuchen zu lassen.
- 2.3 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 schriftlich abzutreten. Ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht darf ohne unsere Zustimmung nicht aufgegeben werden. Richtet sich Ihr Ersatzanspruch gegen eine Person, mit der Sie bei Eintritt des Versicherungsfalls in häuslicher Gemeinschaft leben, können wir den Übergang des Ersatzanspruchs nicht geltend machen, es sei denn diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.
- 2.4 Die versicherte Person hat nach Möglichkeit alles für ihre Genesung zu tun und Handlungen zu unterlassen, die dieser hinderlich sind.
- 2.5 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 unabhängig von den Leistungs-Begrenzungen. Kosten für die Zuziehung eines Sachverständigen oder eines Beistands erstatten wir Ihnen nur dann, wenn wir Sie hierzu aufgefordert haben.
- 2.6 Wird eine dieser bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls bestehenden Obliegenheiten verletzt, können sich erhebliche rechtliche Nachteile ergeben. Dabei gilt:
  - Wird eine der genannten Obliegenheiten, die bei oder nach dem Eintritt eines Versicherungsfalls zu erfüllen ist, vorsätzlich verletzt, geht der Leistungs-Anspruch für den jeweiligen Tarif verloren. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Kürzung kann bis zur vollständigen Leistungsfreiheit führen. Wird uns nachgewiesen, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Leistungs-Anspruch bestehen. Der Leistungs-Anspruch bleibt auch bestehen, wenn uns

nachgewiesen wird, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war oder wir Sie nicht durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

- Bei arglistiger Verletzung einer Obliegenheit geht der Leistungs-Anspruch auch dann verloren, wenn die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls, noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person werden Ihnen zugerechnet.

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

- 3.1 Leistungen können nur Sie als Versicherungsnehmer verlangen, es sei denn, Sie haben uns gegenüber in Textform die versicherte Person als Empfangsberechtigten benannt. Haben Sie uns gegenüber die versicherte Person als Empfangsberechtigten benannt, kann ausschließlich die versicherte Person die Leistung verlangen. Die Benennung kann widerruflich oder unwiderruflich erfolgen. Eine Abtretung oder Verpfändung von Leistungs-Ansprüchen ist nur und erst mit unserer ausdrücklichen Zustimmung wirksam.
- 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 nicht bis zum Ablauf eines Monats seit Anzeige des Versicherungsfalls beendet, können Abschlagszahlungen bis zur Höhe der voraussichtlichen Mindestleistung verlangt werden. Bei Berechnung dieser Frist zählt der Zeitraum nicht mit, in dem die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Anspruchstellers nicht beendet werden können. Nach Vorlage aller zur Prüfung der Leistungs-Ansprüche notwendigen Unterlagen erklären wir innerhalb von 10 Werktagen, ob und in welchem Umfang wir eine Leistung anerkennen.

### 4 Wann können Sie einen Tarifwechsel verlangen?

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

---

## Versicherungs-Schutz und Versicherungsbeitrag

---

### 5 Wann beginnt der Versicherungs-Schutz?

Der Versicherungs-Schutz besteht, sobald der Vertrag zustande gekommen ist, frühestens jedoch zu dem im Versicherungs-Schein angegebenen Beginn. Allerdings entfällt

unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung.

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

- 6.1 Die Beiträge für vereinbarte Tarife sind jeweils ab Vertrags-Beginn zu bezahlen. Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) wird sofort mit Zustandekommen des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungs-Schein angegebenen Beginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zu Beginn der vereinbarten Zahlungsperiode zu entrichten.
- 6.2 Wurden wir zum Beitragseinzug (Lastschriftverfahren) ermächtigt, sind Sie erst und nur dann zur Übermittlung ausstehender und zukünftiger Beiträge verpflichtet, wenn wir Sie in Textform dazu aufgefordert haben. Wir sind dann nicht mehr zum Beitragseinzug verpflichtet. Erfolgt die Beitragszahlung im Lastschriftverfahren, müssen Sie sicherstellen, dass der Beitrag am Fälligkeitstag eingezogen werden kann und einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen wird. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden wiederholt von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform erteilten Zahlungsaufforderung erfolgt.
- 6.3 Wurde uns keine Einzugsermächtigung erteilt, genügt es für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Die Übermittlung der Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.
- 6.4 Konnte der Einlösungsbeitrag von uns nicht rechtzeitig eingezogen werden oder wurde dieser von Ihnen nicht rechtzeitig gezahlt, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, besteht kein Anspruch auf die Leistung. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Wurden wir ermächtigt, die Beiträge von einem Konto einzuziehen, besteht auch bei Nichtzahlung des Erstbeitrags Versicherungs-Schutz, es sei denn, die Bank hätte den Einzug des Beitrags zum Fälligkeitstag mangels Kontodeckung nicht durchgeführt.
- 6.5 Konnte ein Folgebeitrag von uns nicht rechtzeitig eingezogen werden oder wurde dieser von Ihnen nicht rechtzeitig gezahlt, erhalten Sie von uns eine Mahnung in Textform, in der wir Ihnen eine Frist von mindestens zwei Monaten setzen. Begleichen Sie den Rückstand nicht fristgerecht, können wir den Vertrag kündigen. Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und waren Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Beitragszahlung in Verzug, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie im Mahnschreiben umfassend hinweisen. Die Kündigung des Vertrags kann für den Fall der Nichtzahlung der Beiträge bereits im Mahnschreiben erklärt werden.
- 6.6 Nur soweit ein Anspruch von Ihnen gegen uns anerkannt oder rechtskräftig festgestellt ist, können Sie mit diesem gegen unsere Beitragsforderungen aufrechnen.
- 6.7 Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie Ihrem jeweils gültigen Versicherungs-Schein. Er richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person bei Eintritt in den jeweiligen Tarif

(Eintrittsalter). Das Eintrittsalter ist die Anzahl der bei Vertrags-Beginn vollendeten Lebensjahre.

Für Personen, die das 21., 31., 41., 51., 61., 71., 81., bzw. 91. Lebensjahr vollenden, ist vom Beginn des folgenden Monats an der ihrem Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen. In den Tarifen ZAB und ZAE ändert sich zudem bei Vollendung des 16. Lebensjahres der Beitrag entsprechend.

- 6.8 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung des tatsächlichen Schadensbedarfs gegenüber der technischen Berechnungsgrundlage und der sich daraus errechneten Beiträge sind wir berechtigt, die Beiträge entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen überprüft und der Beitragsanpassung zugestimmt hat. Wir vergleichen dazu zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für einen Tarif eine Abweichung von mehr als 10 Prozent, werden die Beiträge dieses 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 dieses Tarifs von uns überprüft und soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.
- Falls bei den Tarifen ZBB oder ZBE die Beiträge überprüft und angepasst werden so kann auch eine betragsmäßig festgelegte Leistungs-Begrenzung oder in Tarif ZBE eine Selbstbeteiligung entsprechend geändert werden. Die Neufestsetzung des Beitrags, und der Leistungs-Begrenzung oder Selbstbeteiligung 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?

**Jeder im Versicherungsvertrag eingeschlossene Tarif, kann jeweils durch Kündigung beendet werden. Das Versicherungsverhältnis endet durch Kündigung. Diese wird nur und erst dann wirksam, wenn uns diese 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.**

- Sie können den Versicherungs-Schutz insgesamt oder nur für einzelne versicherte Personen ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen.
- 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 betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten rückwirkend zum Zeitpunkt der Beitragsänderung kündigen.

- 7.1 Ihr Vertrag endet spätestens mit Ihrem Ableben.
- 7.2 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.

- 7.3 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.
- 7.4 Endet der Versicherungs-Schutz für den zugehörigen Grundtarif, endet dieser gleichzeitig auch für den Zusatztarif. Für den Zusatztarif ZAE ist der zugehörige Grundtarif der ZAB. Für den Zusatztarif ZBE ist der zugehörige Grundtarif der ZBB.
- 7.5 Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- 7.6 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.
- 7.7 Mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses endet der Versicherungs-Schutz auch für Versicherungsfälle, die zu diesem Zeitpunkt noch andauern (schwebende Versicherungsfälle).

---

## Weitere Regelungen

---

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

- 8.1 Ihre den Vertrag betreffenden Mitteilungen können mündlich erfolgen, sofern wir nicht ausdrücklich die Text- oder Schriftform verlangen. Die Vertragssprache ist deutsch.
- 8.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift oder eine Namensänderung nicht mitgeteilt, genügt für eine Ihnen gegenüber abzugebende Erklärung die Absendung eines eingeschriebenen Briefs an die letzte uns von Ihnen bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefs als zugegangen.

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

- 9.1 Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz, soweit nichts abweichend vereinbart ist.
- 9.2 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.
- 9.3 Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder eines Vertragsstaats des Ab-

kommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, können Sie sich ausschließlich an das für unseren Geschäftssitz zuständige Gericht in Deutschland wenden.

## **10 Können sich Ihre Vertrags-Bedingungen zukünftig ändern?**

- 10.1 Sollten einzelne Bestimmungen in den Versicherungs-Bedingungen unwirksam sein, wird dadurch die Geltung der übrigen Regelungen in Versicherungs-Bedingungen und vertraglichen Vereinbarungen nicht berührt.
- 10.2 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Bedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der Mitteilung der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- 10.3 Wurde durch eine höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen Verwaltungsakt der Aufsichtsbehörde eine Vertragsbestimmung für unwirksam erklärt, können wir eine neue Regelung festlegen. Voraussetzung hierfür ist, dass dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn ohne neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte entsteht. Hierbei sind die Interessen der jeweils anderen Vertragspartei zu berücksichtigen. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

## **11 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.

---

**Produktinformationsblatt**  
(nach § 4 VVG-InfoV)  
**Tarif ZAB, ZAE, ZBB, ZBE**

---

- |                                                                                                                        |                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 Um welche Versicherungs-Art handelt es sich bei dem Vertrag?                                                         | 5 Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsschluss und welche Folgen hat deren Nichtbeachtung?                 |
| 2 Welche Risiken sind versichert (Versicherungsfall) und welche nicht?                                                 | 6 Welche Pflichten haben Sie während der Vertragsdauer und welche Folgen hat deren Nichtbeachtung?           |
| 3 Wann und in welcher Höhe ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen hat eine unterbliebene oder verspätete Zahlung? | 7 Welche Pflichten haben Sie bei Eintritt des Versicherungsfalls und welche Folgen hat deren Nichtbeachtung? |
| 4 Sind Leistungsausschlüsse vereinbart?                                                                                | 8 Wann beginnt und endet der Versicherungs-Schutz?                                                           |
|                                                                                                                        | 9 Wie können Sie Ihren Vertrag beenden?                                                                      |
- 

Der Gesetzgeber verlangt, dass wir Ihnen diejenigen Informationen, die für den Abschluss oder die Erfüllung Ihres Vertrags für Sie von besonderer Bedeutung sind, in einem Produktinformationsblatt übersichtlich, verständlich und knapp darstellen. Die umfassenden und verbindlichen Regelungen für Ihren Vertrag entnehmen Sie bitte Ihren Bedingungen und Ihrem Versicherungsschein. Wir empfehlen Ihnen daher, die gesamten Vertragsunterlagen sorgfältig zu lesen. Bei Fragen rufen Sie uns bitte an. Wir beraten Sie gerne.

Ihrem Vertrag liegen folgende Bedingungen zugrunde:

- Bedingungen für die Zahnersatz- / Zahnerhalt-Versicherung für gesetzlich Krankenversicherte ohne Gesundheitsfragen - Vertragsgrundlagen Tarif ZAB, ZAE, ZBB, ZBE (Stand 04/2009)
- 

**1 Um welche Versicherungs-Art handelt es sich bei dem Vertrag?**

Aus Ihrer **Krankheitskosten-Zusatzversicherung für gesetzlich Krankenversicherte** erhalten Sie Leistungen für medizinisch notwendige Zahnersatz-Maßnahmen und medizinisch notwendige Zahnerhalt-Maßnahmen.

**2 Welche Risiken sind versichert (Versicherungsfall) und welche nicht?**

**Tarif ZAB und ZAE: Sie sichern sich**

- 90 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Zahnersatz-Maßnahme einschließlich anrechenbarer Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Erstattungen Dritter, für eine höherwertigere Versorgung. Mindestens erbringen wir eine Leistung in gleicher Höhe wie den von der gesetzlichen Krankenversicherung erstatteten Betrag, jedoch maximal 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen einschließlich der Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie den Erstattungen Dritter.
- 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Zahnersatz-Maßnahme einschließlich anrechenbarer Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Erstattungen Dritter, für eine Regelversorgung.

Zahnersatz-Maßnahmen sind Kronen, Brücken, Prothesen, implantatgetragener Zahnersatz und Implantate.

Keine Zahnersatz-Maßnahmen sind Zahnerhalt-Leistungen, Vorsorge- und Prophylaxe-Maßnahmen und kieferorthopädische Leistungen. Kein Versicherungsschutz besteht auch für rein ästhetische Zahnersatz-Maßnahmen. Die sog. Praxisgebühr wird nicht erstattet.

**Tarif ZBB:**

Sie erhalten 100 Prozent der verbleibenden erstattungsfähigen Kosten für Inlays, Onlays, Kunststoff-Füllungen und Knirscherschienen. Für zahnmedizinische Individualprophylaxe-Maßnahmen erhalten Sie bis zu 50,00 Euro pro Versicherungsjahr.

**Tarif ZBE:**

Sie erhalten 100 Prozent der erstattungsfähigen Kosten für Wurzel- und Parodontosebehandlungen. Für zahnmedizinische Individualprophylaxe-Maßnahmen übernehmen wir jedes Versicherungsjahr den Teil der erstattungsfähigen Kosten, der 50,00 Euro übersteigt.

Maximal erhalten Sie zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder weiterer Versicherer 100 Prozent der erstattungsfähigen Kosten. Die sog. Praxisgebühr wird nicht erstattet.

**Umfassende Informationen über die versicherten und nicht versicherten Risiken entnehmen Sie Ziffer 1 Ihrer Bedingungen.**

**3 Wann und in welcher Höhe ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen hat eine unterbliebene oder verspätete Zahlung?**

Der zu zahlende Beitrag für die versicherte Person (siehe Versicherungsschein) beträgt monatlich:

<b>im Tarif ZAB</b>	<b>4,90 Euro</b>
<b>im Tarif ZAE</b>	<b>1,90 Euro</b>
<b>im Tarif ZBB</b>	<b>9,90 Euro</b>
<b>im Tarif ZBE</b>	<b>3,00 Euro</b>

Den zu zahlenden Gesamtbeitrag entnehmen Sie bitte Ihren Vertragsunterlagen.

Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist sofort nach Abschluss des Vertrags zu zahlen, nicht jedoch vor dem 01.09.2010. Alle folgenden Beiträge sind jeweils monatlich zum Monatsersten zu entrichten.

Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, besteht kein Anspruch auf die Leistung, es sei denn, Sie haben alles getan, damit die Zahlung rechtzeitig erfolgen kann. Darüber hinaus können wir vom Vertrag zurücktreten.

Ist ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig beglichen, erhalten Sie eine Mahnung mit der Aufforderung, den offenen Folgebeitrag innerhalb von mindestens zwei Monaten zu begleichen. Wird der Folgebeitrag auch innerhalb dieser Frist nicht gezahlt, werden wir von der Verpflichtung zur Leistung frei und können den Vertrag kündigen.

**Umfassende Informationen zum Beitrag und dessen Zahlung entnehmen Sie Ziffer 6 Ihrer Bedingungen.**

#### 4 Sind Leistungsausschlüsse vereinbart?

##### **Tarife ZAB, ZAE, ZBB, ZBE:**

Innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre erhalten Sie Leistungen bis zu den festgelegten Leistungs-Begrenzungen. Diese betragen je Tarif und je versicherter Person im ersten Versicherungsjahr höchstens 250,00 Euro, in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens 500,00 Euro, in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen höchstens 750,00 Euro und in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen höchstens 1.000,00 Euro. Diese Leistungs-Begrenzungen entfallen, wenn der Versicherungsfall als Folge eines Unfalls eintritt.

Keine Leistung erhalten Sie für zahnmedizinische Behandlungen für:

- bei Vertragsschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne,
- bei Vertragsschluss bereits angeratene oder begonnene Maßnahmen.

**Umfassende Informationen zu den Leistungsausschlüssen entnehmen Sie Ziffer 1 Ihrer Bedingungen.**

#### 5 Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsschluss und welche Folgen hat deren Nichtbeachtung?

Da wir Ihnen bei Abschluss **Ihrer Zahnzusatz-Versicherung** keine Gesundheitsfragen stellen, werden wir nicht wegen ggf. unvollständiger oder nicht wahrheitsgemäßer Angaben vom Vertrag zurücktreten und die Leistung verweigern.

#### 6 Welche Pflichten haben Sie während der Vertragsdauer und welche Folgen hat deren Nichtbeachtung?

Während der Vertragsdauer haben Sie keine Mitwirkungspflichten zu beachten, solange der Versicherungsfall nicht eingetreten ist.

#### 7 Welche Pflichten haben Sie bei Eintritt des Versicherungsfalls und welche Folgen hat deren Nichtbeachtung?

##### **Tarife ZAB, ZAE, ZBB, ZBE:**

Damit wir im Versicherungsfall Ihre Ansprüche prüfen

können, sind uns sämtliche Rechnungen und Belege im Original mit dem Erstattungsvermerk der gesetzlichen Krankenkasse einzureichen. Aus diesen müssen der Vor- und Nachname der behandelten Person, die Behandlungsdaten und die im Einzelnen durchgeführten Leistungen ersichtlich sein. In der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehene Leistungen sowie Erstattungsansprüche gegen Dritte sind in Anspruch zu nehmen.

Darüber hinaus sind Sie, wie auch die versicherte Person, verpflichtet, auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die für die Feststellung des Versicherungsfalls, unsere Leistungspflicht und deren Umfang erforderlich ist. Auf unser Verlangen hat die versicherte Person ihre (Zahn-) Ärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und sich durch einen von uns beauftragten (Zahn-) Arzt untersuchen zu lassen.

Bei Verletzung dieser Pflichten kann dies – abhängig vom Grad des Verschuldens – zum vollständigen oder teilweisen Verlust Ihrer Leistungs-Ansprüche führen.

**Umfassende Informationen über Ihre Mitwirkungspflichten bei Eintritt des Versicherungsfalls entnehmen Sie Ziffer 2 Ihrer Bedingungen.**

#### 8 Wann beginnt und endet der Versicherungs-Schutz?

Der Versicherungs-Schutz beginnt, sobald Ihr Vertrag zustande gekommen ist, frühestens jedoch am 01.09.2010. Allerdings entfällt Ihr Anspruch auf Leistungen bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Einlösungsbeitrags.

Der Versicherungs-Schutz endet für die versicherte Person zum Ende des Monats in dem die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung endet. Der Versicherungs-Schutz endet durch Kündigung des Vertrags.

**Umfassende Informationen zum Beginn und Ende des Versicherungs-Schutzes entnehmen Sie den Ziffern 5 und 7 Ihrer Bedingungen und der Ziffer 9 Ihrer Verbraucher-Informationen.**

#### 9 Wie können Sie Ihren Vertrag beenden?

Der Vertrag kann von Ihnen durch Kündigung beendet werden. Diese ist für den Vertrag insgesamt, für einzelne versicherte Personen oder Tarife ohne Einhaltung einer Frist zu jedem Monatsende möglich.

**Umfassende Informationen zum Kündigungsrecht entnehmen Sie Ziffer 7 Ihrer Bedingungen.**

## Verbraucher-Informationen

Alles, was Sie zu Ihrem Vertrag nach Tarif ZAB, ZAE, ZBB, ZBE gemäß § 1 Informationspflichtenverordnung wissen und beachten müssen.

### Informationen über den Versicherer

- 1 Wer sind wir?
- 2 Unter welcher Anschrift können Sie uns erreichen?
- 3 Was ist unsere Hauptgeschäftstätigkeit?

### Informationen über die Leistung

- 4 Welche Leistungen erhalten Sie aus Ihrem Vertrag?
- 5 Welche Beiträge sind zu zahlen?
- 6 Welche Nebenkosten fallen zusätzlich zu Ihrem Beitrag an?
- 7 Wann wird Ihr Beitrag zur Zahlung fällig, wie lange ist er zu zahlen und wie kann die Zahlung erfolgen?
- 8 Wie lange gilt ein Vertragsangebot?

### Informationen über den Vertrag

- 9 Wie kommt Ihr Vertrag zustande und ab wann sind Sie versichert?

- 10 Können Sie Ihren Antrag auf Abschluss dieses Vertrags widerrufen?
- 11 Wie lange läuft Ihr Vertrag?
- 12 Können Sie Ihren Vertrag vorzeitig beenden?
- 13 Welchem Recht unterliegt die Anbahnung Ihres Vertrags?
- 14 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
- 15 In welcher Sprache werden die Vertragsbedingungen und Verbraucher-Informationen mitgeteilt und in welcher Sprache können Sie während der Laufzeit Ihres Vertrags mit uns kommunizieren?

### Informationen über den Rechtsweg

- 16 Existiert ein außergerichtliches Streitschlichtungsverfahren, das Sie bei Meinungsverschiedenheiten mit uns in Anspruch nehmen können?
- 17 Können Sie sich auch bei einer Aufsichtsbehörde beschweren?

### Informationen über den Versicherer

#### 1 Wer sind wir?

**Ihr Vertragspartner** ist die ERGO Direkt Krankenversicherung AG, eingetragen beim Amtsgericht Fürth unter der Handelsregisternummer HRB 4694.

#### 2 Unter welcher Anschrift können Sie uns erreichen?

ERGO Direkt Krankenversicherung AG, gesetzlich vertreten durch den Vorstand Herrn Peter M. Endres (Vorsitzender), Herrn Dr. Randolf von Estorff, Herrn Dr. Clemens Muth und Herrn Dr. Jörg Stoffels, Karl-Martell Straße 60, 90344 Nürnberg.

#### 3 Was ist unsere Hauptgeschäftstätigkeit?

Hauptgeschäftstätigkeit unseres Unternehmens ist das Betreiben von Kranken-Zusatzversicherungen.

### Informationen über die Leistung

#### 4 Welche Leistungen erhalten Sie aus Ihrem Vertrag?

##### Tarif ZAB und ZAE:

Wir erbringen Leistungen wenn einer versicherten Person bei bestehendem Versicherungs-Schutz medizinisch notwendige **Zahnersatz-Maßnahmen** für bei Vertragsabschluss vorhandene Zähne oder dauerhaften Zahnersatz erstmals angeraten und durchgeführt wurden (Versicherungsfall). Für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne besteht damit kein Versicherungs-Schutz.

Sie sichern sich

- 90 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Zahnersatz-Maßnahme einschließlich anrechenbarer Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

sowie Erstattungen Dritter für eine höherwertigere Versorgung.

Mindestens erbringen wir eine Leistung in gleicher Höhe wie den von der gesetzlichen Krankenversicherung erstatteten Betrag, jedoch maximal 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen einschließlich der Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie den Erstattungen Dritter.

- 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Zahnersatz-Maßnahme einschließlich anrechenbarer Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Erstattungen Dritter für eine Regelversorgung.

Innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre bestehen Leistungs-Begrenzungen für jeden Tarif. Tritt der Versicherungsfall als Folge eines Unfalls ein, so entfallen hierfür die summenmäßigen Begrenzungen der ersten vier Versicherungsjahre.

##### Tarif ZBB:

Wir erbringen Leistungen wenn einer versicherten Person medizinisch notwendige zahnerhaltende Maßnahmen erstmals angeraten und durchgeführt wurden. Zusammen mit der Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie den Erstattungen Dritter erhalten Sie maximal die erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

Wir zahlen 100 Prozent der verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- Einlagefüllungen (Inlays und Onlays),
- Kunststofffüllungen,
- Knirscherschienen

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

Für zahnmedizinische Individualprophylaxe-Maßnahmen zahlen wir Ihnen die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Betrag von maximal

50,00 Euro pro Versicherungsjahr.

Für die Leistungen bestehen innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre Leistungs-Begrenzungen. Mit Ablauf des vierten Versicherungsjahres bestehen somit diese summenmäßigen Begrenzungen nicht mehr.

Tritt der Versicherungsfall als Folge eines Unfalls ein, so entfallen hierfür die summenmäßigen Begrenzungen der ersten vier Versicherungsjahre.

**Tarif ZBE:**

Wir erbringen Leistungen wenn einer versicherten Person medizinisch notwendige zahnerhaltende Maßnahmen erstmals angeraten und durchgeführt wurden. Zusammen mit der Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie den Erstattungen Dritter erhalten Sie maximal die erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

Wir zahlen 100 Prozent der verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- Wurzelbehandlungen,
- Parodontosebehandlungen

und die damit verbundenen zahntechnischen Laborarbeiten und Materialkosten.

Für zahnmedizinische Individualprophylaxe-Maßnahmen zahlen wir Ihnen den Betrag der verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen, der 50,00 Euro pro Versicherungsjahr übersteigt.

Für die Leistungen bestehen innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre Leistungs-Begrenzungen. Mit Ablauf des vierten Versicherungsjahres bestehen somit diese summenmäßigen Begrenzungen nicht mehr.

Tritt der Versicherungsfall als Folge eines Unfalls ein, so entfallen hierfür die summenmäßigen Begrenzungen der ersten vier Versicherungsjahre.

Umfassende Angaben können Sie Ihren Bedingungen für die Zahnersatz-/Zahnerhalt-Versicherung für gesetzlich Krankenversicherte ohne Gesundheitsfragen – Vertragsgrundlagen Tarif ZAB, ZAE, ZBB und ZBE entnehmen.

**5 Welche Beiträge sind zu zahlen?**

Der zu zahlende Beitrag für die versicherte Person (siehe Versicherungsschein) beträgt monatlich:

- im Tarif ZAB 4,90 Euro**
- im Tarif ZAE 1,90 Euro**
- im Tarif ZBB 9,90 Euro**
- im Tarif ZBE 3,00 Euro**

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

**6 Welche Nebenkosten fallen zusätzlich zu Ihrem Beitrag an?**

Beim Vertragsschluss fallen Ihnen keine weiteren Nebenkosten an.

Auch während der Vertragslaufzeit entstehen Ihnen neben dem Beitrag – selbstverständlich abgesehen von etwaigen Entgelten, die Ihnen Ihr Kreditinstitut für die Überweisung der Beiträge in Rechnung stellen könnte – keine weiteren

Kosten.

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

**7 Wann wird Ihr Beitrag zur Zahlung fällig, wie lange ist er zu zahlen und wie kann die Zahlung erfolgen?**

Die Beiträge sind ab Vertrags-Beginn zu zahlen. Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) wird sofort mit Zustandekommen des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem 01.09.2010. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zu Beginn der monatlichen Zahlungsperiode zu entrichten.

Die Zahlung der Beiträge erfolgt entweder durch Ihre Einzahlung auf unser Konto (z. B. per Überweisung) oder nach Erteilung einer Einzugsermächtigung.

**8 Wie lange gilt ein Vertragsangebot?**

Bei den Ihnen von uns übersandten Unterlagen handelt es sich um Informationen. Auf dieser Grundlage beantragen Sie Versicherungs-Schutz.

---

**Informationen über den Vertrag**

---

**9 Wie kommt Ihr Vertrag zustande und ab wann sind Sie versichert?**

Ihr Vertrag kommt zustande, wenn wir Ihrem Antrag auf Vertragsschluss durch ausdrückliche Annahme-Erklärung in Textform oder Übersendung des Versicherungs-Scheins entsprechen. Der Versicherungs-Schutz beginnt mit Vertragsschluss, frühestens zum 01.09.2010. Allerdings entfällt Ihr Anspruch auf Leistungen bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Einlösungsbeitrags.

**10 Können Sie Ihren Antrag auf Abschluss dieses Vertrags widerrufen?**

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 4 Wochen ohne Angabe von Gründen telefonisch oder in Textform (z. B. Brief, Telefax oder E-Mail) widerrufen. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung Ihrer Widerrufserklärung. Angaben zum Beginn der Widerrufsfrist entnehmen Sie Ihrem Versicherungsschein. Der Widerruf kann gerichtet werden an:

ERGO Direkt Krankenversicherung AG  
Karl-Martell Straße 60, 90344 Nürnberg  
Telefax: 0911 / 148 1539  
kundenservice.kranken@ergodirekt.de

Ihren Vertrag heben wir dann rückwirkend auf. Bereits gezahlte Beiträge erhalten Sie selbstverständlich zurück.

**11 Wie lange läuft Ihr Vertrag?**

Der Vertrag ist unbefristet. Das Versicherungsverhältnis endet bei ungekündigtem Fortbestand spätestens mit Ihrem Ableben. 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 Be-

nennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungs-Verhältnis. Mit Beendigung des Versicherungs-Verhältnisses endet der Versicherungs-Schutz auch für Versicherungsfälle, die zu diesem Zeitpunkt noch andauern (schwebende Versicherungsfälle).

**12 Können Sie Ihren Vertrag vorzeitig beenden?**

Der Vertrag kann von Ihnen durch Kündigung beendet werden. Diese ist ohne Einhaltung einer Frist zu jedem Monatsende möglich.

**13 Welchem Recht unterliegt die Anbahnung Ihres Vertrags?**

Die Vertragsanbahnung, d. h. das Rechtsverhältnis vor und bei Abschluss des Vertrags, richtet sich nach dem Recht der Bundesrepublik Deutschland.

**14 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?**

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

**15 In welcher Sprache werden die Vertragsbedingungen und Verbraucher-Informationen mitgeteilt und in welcher Sprache können Sie während der Laufzeit Ihres Vertrags mit uns kommunizieren?**

Die Vertragssprache ist deutsch.

---

**Informationen über den Rechtsweg**

---

**16 Existiert ein außergerichtliches Streitschlichtungsverfahren, das Sie bei Meinungsverschiedenheiten mit uns in Anspruch nehmen können?**

Bei Streitfragen mit uns haben Sie die Möglichkeit sich beim neutralen Ombudsmann für Versicherungsfragen kostenfrei schriftlich (Anschrift: Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin), telefonisch oder per E-Mail zu beschweren.

**17 Können Sie sich auch bei einer Aufsichtsbehörde beschweren?**

Wir unterstehen der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich Versicherungen – Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Bei Streitfragen aus dem Versicherungsvertrag bzw. aus der Vermittlung oder Anbahnung Ihres Versicherungsvertrags haben Sie die Möglichkeit sich dort zu beschweren.

Diese Verbraucher-Informationen beziehen sich auf folgende Vertragsgrundlagen:

- Bedingungen für die Zahnersatz- / Zahnerhalt-Versicherung für gesetzlich Krankenversicherte ohne Gesundheitsfragen - Vertragsgrundlagen Tarif ZAB, ZAE, ZBB, ZBE (Stand 04/2009)

## Merkblatt zur Datenverarbeitung

### Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versicherten-gemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

### Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihrem Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch - außer in der Lebens- und Unfallversicherung - schon mit Ablehnung des Antrages oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluß. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

### Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die - wie z.B. beim Arzt - einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

**Im folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.**

#### 1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten, wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungsnummer, Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z.B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

#### 2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen

bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

#### 3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen. Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

Mit Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes 2004 haben gesetzliche Krankenversicherungen (GKV) die Möglichkeit, mit privaten Krankenversicherungen zu kooperieren. Im Rahmen dieser Kooperation können Personen- und Antragsdaten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift), Vertragsdaten (Versicherungsart, Tarif, Versicherungsbeginn, -umfang, Vertragsende) sowie Leistungsdaten (Leistungszeitraum/-datum, Höhe der Leistungszahlung) wechselseitig ausgetauscht werden. Damit wird eine fallabschließende Bearbeitung (Anspruchsberechtigung) sowie eine umfassende Betreuung gewährleistet.

#### 4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) und beim Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) zentrale Hinweissysteme.

Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

#### Beispiele:

##### Unfallversicherung

Meldung bei

- erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht,
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen,
- außerordentlicher Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung.

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmissbrauch.

### **Kfz-Versicherung**

Registrierung von auffälligen Schadenfällen, Kfz-Diebstählen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmisbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

### **Sachversicherung**

Aufnahme von Schäden und Personen, wenn Brandstiftung vorliegt oder wenn aufgrund des Verdachts des Versicherungsmisbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadenssummen erreicht sind.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs.

### **Allgemeine Haftpflichtversicherung**

Registrierung von auffälligen Schadenfällen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmisbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

### **Lebensversicherung**

Aufnahme von Sonderrisiken z.B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag

- aus versicherungsmedizinischen Gründen,
- aufgrund der Auskünfte anderer Versicherer,
- wegen verweigerter Nachuntersuchung.

Aufhebung des Vertrages durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers; Ablehnung des Vertrages seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge.

Zweck: Risikoprüfung.

### **Transportversicherung**

Aufnahme von auffälligen (Verdacht des Versicherungsmisbrauchs) Schadenfällen, insbesondere in der Reisegepäckversicherung.

Zweck: Schadenaufklärung und Verhinderung von Versicherungsmisbrauch.

## **5. Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe**

Einzelne Versicherungsbranchen (z.B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) werden durch rechtlich selbständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen. Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z.B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d.h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten werden in einer zentralen Datensammlung geführt. Dabei sind die sog. Partnerdaten (z.B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer

richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden. Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar. Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von "Datenübermittlung", bei der die Vorschriften des BDSG zu beachten sind. Branchenspezifische Daten - wie z.B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten - bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Unserer Unternehmensgruppe gehören zur Zeit folgende Unternehmen an:

- ERGO Direkt Versicherung Aktiengesellschaft
- ERGO Direkt Lebensversicherung Aktiengesellschaft
- ERGO Direkt Krankenversicherung Aktiengesellschaft

## **6. Für den Fall der Betreuung durch Versicherungsvermittler**

Falls Sie in Ihren Versicherungsangelegenheiten (sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unseres Kooperationspartners) durch einen Vermittler betreut werden, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z.B. Versicherungsnummer, Beiträge und Höhe von Versicherungsleistungen, um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z.B. durch Kündigung des Vermittlervertrages oder bei Pensionierung), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

## **7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte**

Sie haben als Betroffener nach dem BDSG neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft, sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre ERGO Direkt Versicherungen