Vertragsunterlagen zu Ihrer Krankenzusatzversicherung

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten	**2–3**
Informationen nach § 7 Absatz 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 1 Absatz 1 VVG-Informationspflichtenverordnung	**4–5**
Leistungsübersicht zur Zahnzusatzversicherung für den BASIS-, OPTIMAL- und PLUS-Tarif	**6**
Hinweise zum Datenschutz	**7–8**
Hinweise zur Vermittlervergütung	**8**
Mitteilung nach § 19 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht	**9**
Tarifbeschreibung zur Zahnzusatzversicherung	**10–11**
Tarifbeschreibung zur stationären Zusatzversicherung	**11–12**
Tarifbeschreibung zur ambulanten Zusatzversicherung	**13**
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/Kranken 2019)	**14–18**

4000-4502.0924

Zugunsten einer besseren Lesbarkeit sehen wir davon ab, die Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) gleichzeitig zu nennen. Mit unseren Formulierungen wenden wir uns gleichermaßen an alle Geschlechter.

Krankenzusatzversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

WGV-Versicherung AG
Deutschland

Zahnzusatzversicherung
stationäre Zusatzversicherung
ambulante Zusatzversicherung

Dieses Blatt dient nur Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte einer Krankenzusatzversicherung. Die vollständigen Informationen und den für Ihren Vertrag vereinbarten Versicherungsumfang finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein, Versicherungsbedingungen und Tarifbeschreibung). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Als Ergänzung zur deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bieten wir Ihnen eine Zahnzusatzversicherung, eine stationäre Zusatzversicherung sowie eine ambulante Zusatzversicherung an. Die Krankenzusatzversicherungen schützen gegen finanzielle Risiken bei einer Krankheit.

Was ist versichert?

✓ Wir bieten Ihnen verschiedene Versicherungsarten, zwischen denen Sie wählen können:

Zahnzusatzversicherung

✓ Diese ersetzt oder bezuschusst Ihre Aufwendungen im Rahmen der vereinbarten Höchstbeträge z.B. für:
✓ Kronen, Brücken, Prothesen,
✓ Inlays oder Onlays,
✓ Implantaten.

Stationäre Zusatzversicherung

✓ Diese ersetzt die nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Aufwendungen z.B. für:
✓ Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer,
✓ freie Arztwahl (Chefarztbehandlung), auch bei ambulanten Operationen im Krankenhaus,
✓ freie Krankenhauswahl,
✓ Rooming-in für eine Begleitperson eines versicherten Kindes.

Ambulante Zusatzversicherung

✓ Diese ersetzt oder bezuschusst Ihre Aufwendungen im Rahmen der vereinbarten Höchstbeträge z.B. für:
✓ Zuzahlungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel,
✓ Hörgeräte,
✓ Sehhilfen,
✓ Laser-Operation an den Augen,
✓ Naturheilverfahren.

Versicherungssumme

✓ Die Höhe der zu erstattenden Kosten richtet sich nach den Tarifbeschreibungen und den im Vertrag vereinbarten Höchstgrenzen.

Was ist nicht versichert?

× Nicht versichert sind beispielsweise:

× Rein kosmetische Behandlungen, die medizinisch nicht notwendig sind,
× Aufwendungen, soweit sie einen vereinbarten Höchstbetrag überschreiten,
× wenn nichts anderes vereinbart ist, besteht Anspruch auf Versicherungsleistung erst nach Ablauf der Wartezeit.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

! Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z.B.:

! Vorsätzlich herbeigeführte Versicherungsfälle,
! Behandlungen durch Zahnärzte/Ärzte, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund ausgeschlossen haben,
! Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes, Eltern oder Kinder,
! Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger.

Wo bin ich versichert?

✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Europa, die Anliegerstaaten des Mittelmeers, die Kanarischen Inseln, Madeira und die Azoren.
✓ Bei vorübergehendem Aufenthalt außerhalb dieses Geltungsbereichs besteht Versicherungsschutz für maximal zwei Monate.

Welche Verpflichtungen habe ich?

– Sie müssen alle Fragen im Versicherungsantrag wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung verantwortlich.
– Schließen Sie oder eine andere versicherte Person eine weitere Krankenzusatzversicherung der von Ihnen gewählten Versicherungsart bei einem anderen Versicherer ab, müssen Sie uns das mitteilen.
– Sie müssen die Beendigung Ihrer Versicherung oder die einer anderen versicherten Person bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung mitteilen.
– Sie und die versicherte Person sind dazu verpflichtet, für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach dem Erhalt des Versicherungsscheins zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.
Die weiteren Beiträge müssen Sie monatlich zum Ersten eines jeden Monats zahlen. Bitte sorgen Sie für ausreichende Deckung auf Ihrem Konto, damit wir den Beitrag einziehen können.

Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, nicht jedoch vor Ablauf vereinbarter Wartezeiten. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben.
Ihr Vertrag hat eine Laufzeit bis zum 31.12. des folgenden Kalenderjahres, 24.00 Uhr. Er verlängert sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr (Verlängerungsjahr), außer Sie kündigen den Vertrag.
Ist eine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit nicht mehr gegeben, erlischt die Krankenzusatzversicherung zum Ende des Monats, in dem diese weggefallen ist. Eine Voraussetzung ist z.B., dass Sie in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag zum Ablauf der zunächst vereinbarten Vertragsdauer und zum Ablauf jedes Verlängerungsjahres kündigen (das muss spätestens drei Monate vor dem Ende der Vertragslaufzeit geschehen).
Sie können den Vertrag auch aufgrund einer Beitragsanpassung kündigen oder wenn die versicherte Person eine neue Altersgruppe erreicht, durch die sich der Beitrag erhöht.

A. Informationen nach § 7 Absatz 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 1 Absatz 1 VVG-Informationspflichtenverordnung

1. Identität des Versicherers, ladungsfähige Anschrift, vertretungsberechtigte Personen

Ihr Versicherer ist die

WGV-Versicherung AG
Tübinger Straße 55
70178 Stuttgart
Fax: 0711 1695-1100
E-Mail: kranken-vertrag@wgv.de
Handelsregister: Amtsgericht Stuttgart HRB 7479

Sitz: Stuttgart

Vertretungsberechtigte Personen:

Vorstand: Dr. Klaus Brachmann (Vorsitzender)
Ralf Pfeiffer

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Roger Kehle,
Präsident des Gemeindetags
Baden-Württemberg a.D.

2. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Betrieb der Haftpflicht-, Unfall-, Kraftfahrt-, Sach-, Rechtsschutz- und Krankenzusatzversicherungen.

3. Allgemeine Versicherungsbedingungen und wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

a) Die für das Versicherungsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbeschreibung sowie die Angabe des auf den Vertrag anwendbaren Rechts.

Für das Versicherungsverhältnis in der Krankenzusatzversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/Kranken 2019) und die jeweilige Tarifbeschreibung.

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

b) Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung des Versicherers.

Bei dem Versicherungsschutz handelt es sich um eine Krankenversicherung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung. Bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung der versicherten Person wegen Krankheiten, Unfallfolgen und andere im Vertrag genannte Ereignisse besteht Versicherungsschutz im vereinbarten Umfang.

Die Versicherungsleistungen sind fällig mit Beendigung der für die Feststellung des Versicherungsfalls und des Leistungsumfangs erforderlichen Erhebungen.

Zu Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung verweisen wir auf die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/Kranken 2019) und die jeweilige Tarifbeschreibung der gewählten Versicherungsart. Ihrem Versicherungsschein können Sie entnehmen, welche Versicherungsarten Sie gewählt und abgeschlossen haben.

4. Gesamtpreis der Versicherung einschließlich sonstiger Preisbestandteile und zusätzliche Kosten

Die Angaben zur Beitragshöhe und die Zahlweise ergeben sich aus dem Antrag bzw. der Tarifauskunft.

Nebengebühren und Kosten werden nicht erhoben.

Für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen Ihnen lediglich Kosten in Höhe der üblichen Grundtarife.

5. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und Erfüllung

Fälligkeit des Erstbeitrags:

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

Zahlweise des Folgebeitrags:

Am Ersten eines jeden Monats im Voraus.

Den Beitrag ziehen wir von Ihrem Konto mittels Lastschrift ein.

6. Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die Gültigkeitsdauer der vorliegend zur Verfügung gestellten Informationen beträgt vier Wochen.

7. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt

Der Vertrag kommt zustande durch den Antrag des Versicherungsnehmers und die Übersendung des Versicherungsscheins durch den Versicherer.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zustandekommen des Vertrages, nicht aber vor dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

Der Versicherungsnehmer ist an seinen Antrag sechs Wochen gebunden.

8. Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- **der Versicherungsschein,**
- **die Vertragsbestimmungen,**

  einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **diese Belehrung,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,**
- **und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen**

jeweils in Textform zugegangen sind.

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

WGV-Versicherung AG
Tübinger Straße 55
70178 Stuttgart
Fax: 0711 1695-1100
E-Mail: kranken-vertrag@wgv.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von

1/30 der Monatsprämie gemäß Tarifauskunft

multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat.
Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz 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.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist und die zugehörige Registernummer;

2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbstständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn der genaue Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
6. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
7. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
9. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
10. Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
11. Angaben zur Beendigung des Vertrages; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
13. das auf den Vertrag anwendbare Recht;
14. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages zu führen;
15. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

9. Angaben zur Laufzeit und gegebenenfalls zur Mindestlaufzeit des Vertrages

Der Vertrag hat eine Laufzeit bis zum 31.12. des folgenden Kalenderjahres, 24.00 Uhr. Er verlängert sich mit Ablauf der Vertragszeit jeweils um ein Jahr, wenn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf dem Versicherer eine Kündigung in Textform (z.B. Brief, Fax oder E-Mail) zugegangen ist.

10. Angaben zur Beendigung des Vertrages

Sie können den Vertrag mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres in Textform (z.B. Brief, Fax oder E-Mail) kündigen. Einzelheiten zur Kündigung sowie zu weiteren Beendigungsgründen finden Sie in den Ziffern 13 bis 15 der AVB/Kranken 2019.

11. Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss des Vertrages zugrunde legt

Vor Abschluss des Versicherungsvertrages legen wir der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen das Recht der Bundesrepublik Deutschland zugrunde.

12. Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag können Sie bei folgenden Gerichten geltend machen:

– dem Gericht, das für Ihren Wohnsitz örtlich zuständig ist,
– dem Gericht, das für unseren Geschäftssitz oder für die Sie betreuende Niederlassung örtlich zuständig ist.

Sofern Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb Deutschlands verlegen, oder Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, gilt das Gericht als vereinbart, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

13. Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages

Die Vertragsbedingungen und Vorabinformationen werden in deutscher Sprache mitgeteilt; die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages wird in deutscher Sprache geführt.

14. Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Sie haben Zugang zu einem außergerichtlichen Streitschlichtungsverfahren bei der Verbraucherschlichtungsstelle

Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

sofern Sie Verbraucher sind und nicht gleichzeitig in derselben Sache ein Verfahren bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder vor Gericht anhängig ist. Zur Teilnahme an diesem Verfahren sind wir verpflichtet.

Der Ombudsmann ist der außergerichtliche Streitschlichter für die private Kranken- und Pflegeversicherung. Er nimmt zu Meinungsverschiedenheiten neutral und unabhängig Stellung und gibt eine unverbindliche Empfehlung ab. Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt unberührt.

15. Aufsichtsbehörde und Beschwerdemöglichkeit

Zuständige Aufsichtsbehörde ist die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
– Bereich Versicherungsaufsicht –
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

Sie haben die Möglichkeit zu einer Beschwerde bei der genannten Aufsichtsbehörde.

B. Leistungsübersicht zur Zahnzusatzversicherung

In der Zahnzusatzversicherung bieten wir Ihnen die Produktvarianten **BASIS-, OPTIMAL-** und **PLUS-Tarif** an. Nachfolgend haben wir Ihnen die wesentlichen Leistungsunterschiede dargestellt. Die Leistungsbeschreibung ist lediglich eine Kurzübersicht. Für den Versicherungsschutz ist ausschließlich der Wortlaut der Versicherungsbedingungen und Tarifbeschreibungen maßgebend.

	BASIS-Tarif	**OPTIMAL-Tarif**	**PLUS-Tarif**
Kronen, Brücken, Prothesen	50%	80%	100%
Inlays/Onlays	50%	80%	100%
Implantate	50% (max. 4 Ober-/4 Unterkiefer)	80%	100%
Verblendungen (alle Zähne)	50%	80%	100%
Wurzelbehandlung	–	100%	100%
Prophylaxe (max. 100 EUR/Jahr)	–	100%	100%
Aufbissschienen	–	100%	100%
Kunststofffüllungen	–	100%	100%
Parodontosebehandlung	–	100%	100%
Kieferorthopädie	–	80% (max. 2.000 EUR)	100% (max. 3.000 EUR)
Schmerzbehandlung (max. 200 EUR/Jahr)	–	–	100%
Verzicht auf 8-monatige Wartezeit	–	nur bei Prophylaxe	✓
Erstattungshöchstsätze in den ersten vier Versicherungsjahren	1. Jahr: 500 EUR 1.-2. Jahr: 1.000 EUR 1.-3. Jahr: 1.500 EUR 1.-4. Jahr: 2.000 EUR	1. Jahr: 800 EUR 1.-2. Jahr: 1.600 EUR 1.-3. Jahr: 2.400 EUR 1.-4. Jahr: 3.200 EUR	1. Jahr: 1.000 EUR 1.-2. Jahr: 2.000 EUR 1.-3. Jahr: 3.000 EUR 1.-4. Jahr: 4.000 EUR

✓ versichert – nicht versichert

Der Leistungsanspruch errechnet sich prozentual aus dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag einschließlich möglicher anrechenbarer Vorleistungen der GKV.

C. Hinweise zum Datenschutz

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die zur WGV Versicherungsgruppe gehörenden Unternehmen

Württembergische Gemeinde-Versicherung a.G.,
WGV-Versicherung AG,
WGV-Lebensversicherung AG,
WGV Rechtsschutz-Schadenservice GmbH,
WGV-Informatik und Media GmbH,
WGV-Beteiligungsgesellschaft mbH und
WGV Holding AG

und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist das Unternehmen, mit dem Ihr Versicherungsvertrag, ein anderer Vertrag oder eine sonstige Rechtsbeziehung besteht und hierzu Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet. Den jeweiligen Verantwortlichen entnehmen Sie bitte Ihren Unterlagen.

Bei den Konzerngesellschaften Württembergische Gemeinde-Versicherung a.G., WGV-Versicherung AG, WGV-Lebensversicherung AG, WGV Rechtsschutz-Schadenservice GmbH und WGV-Informatik und Media GmbH handelt es sich um gemeinsam Verantwortliche nach Artikel 26 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Nähere Informationen zur gemeinsamen Verantwortlichkeit finden Sie unter www.wgv.de/datenschutz.

Sie erreichen uns unter folgender Adresse:

WGV Versicherung
70164 Stuttgart
Telefon: 0711 1695-1500
Fax: 0711 1695-1100
E-Mail: kundenservice@wgv.de

Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der oben genannten Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datenschutzbeauftragter@wgv.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der 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“ (Code of Conduct) verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.wgv.de/datenschutz abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrags und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z.B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist. Ferner benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erbringung von Leistungen.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrags sowie die Erbringung von Leistungen ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z.B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit den Unternehmen der WGV Versicherungsgruppe bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Artikel 6 Absatz 1 b DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrags) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Artikel 9 Absatz 2 a in Verbindung mit Artikel 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Artikel 9 Absatz 2 j DSGVO in Verbindung mit § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Artikel 6 Absatz 1 f DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

– zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
– zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der WGV Versicherungsgruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
– zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z.B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen in Verbindung mit Artikel 6 Absatz 1 c DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). 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. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur, soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrags mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zu den eingesetzten Rückversicherern stellen wir Ihnen unter https://www.wgv.de/datenschutz zur Verfügung.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrags benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.
Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter
https://www.wgv.de/docs/rechtliches/liste_personenversicherung.pdf
entnehmen.
Auf Wunsch übersenden wir Ihnen diese auch per Post. Gerne können Sie mit uns hierzu unter der Telefonnummer 0711 1695-1500 Kontakt aufnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z.B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt dies nur, soweit Sie dem zugestimmt haben, ein Angemessenheitsbeschluss der EU-Kommission vorliegt oder andere angemessene Datenschutzgarantien vorhanden sind. Informationen hierzu stellen wir Ihnen gerne über die genannten Kontaktdaten zur Verfügung.

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter der oben genannten Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

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, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

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

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Lautenschlagerstraße 20
70173 Stuttgart
Telefon: 0711 615541-0
Telefax: 0711 615541-15
E-Mail: poststelle@lfdi.bwl.de

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Es besteht die Möglichkeit, dass wir bei Abschluss eines Versicherungsvertrags oder im Rahmen der Schadenbearbeitung Daten zum Versicherungsobjekt (Fahrzeugidentifikationsdaten oder Adresse des Gebäudes) sowie Angaben zu Ihrer Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) an die informa HIS GmbH übermitteln (HIS-Anfrage). Die informa HIS GmbH überprüft anhand dieser Daten, ob zu Ihrer Person und/oder zu Ihrem Versicherungsobjekt im „Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft“ (HIS) Informationen gespeichert sind, die auf ein erhöhtes Risiko oder Unregelmäßigkeiten in einem Versicherungsfall hindeuten können. Solche Informationen können nur aufgrund einer früheren Meldung eines Versicherungsunternehmens an das HIS vorliegen (HIS-Einmeldung), über die Sie gegebenenfalls von dem einmeldenden Versicherungsunternehmen gesondert informiert worden sind. Daten, die aufgrund einer HIS-Einmeldung im HIS gespeichert sind, werden von der informa HIS GmbH an uns, das anfragende Versicherungsunternehmen, übermittelt.

Nähere Informationen zum HIS finden Sie auf den folgenden Internetseiten: http://www.informa-his.de. Auf Wunsch übersenden wir Ihnen diese auch per Post. Gerne können Sie mit uns hierzu unter der Telefonnummer 0711 1695-1500 Kontakt aufnehmen.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrags (z.B. zur Mitnahme eines Schadensfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Bonitätsauskünfte

Es besteht die Möglichkeit, dass wir Ihre Daten (Name, Adresse und gegebenenfalls Geburtsdatum) zum Zweck der Bonitätsprüfung an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden übermitteln. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlung sind Artikel 6 Absatz 1 b und Artikel 6 Absatz 1 f der DSGVO. Übermittlungen auf der Grundlage dieser Bestimmungen dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrnehmung berechtigter Interessen unseres Unternehmens oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen der Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Detaillierte Informationen zur infoscore Consumer Data GmbH im Sinne des Artikel 14 DSGVO, das heißt Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie unter folgendem Link: https://finance.arvato.com/icdinfoblatt.
Auf Wunsch übersenden wir Ihnen diese auch per Post. Gerne können Sie mit uns hierzu unter der Telefonnummer 0711 1695-1500 Kontakt aufnehmen.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, kann in einzelnen Fällen vollautomatisiert über das Zustandekommen des Vertrags entschieden werden.

D. Hinweise zur Vermittlervergütung

Die selbstständigen Vermittler der WGV erhalten für die Vermittlung von Versicherungsverträgen eine Kombination aus einer erfolgsunabhängigen und einer erfolgsabhängigen Vergütung (Provision); diese ist in der Versicherungsprämie enthalten. Die Vergütung der Mitarbeiter der WGV ist unabhängig vom Abschluss eines konkreten Versicherungsvertrags, also erfolgsunabhängig.

Mitteilung nach § 19 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 Prozent oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

1 Versicherungsfähigkeit, nicht versicherungsfähige Personen, Wegfall der Versicherungsfähigkeit

1.1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen,

1.1.1 die bei einem deutschen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und

1.1.2 die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und

1.1.3 für die keine weitere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht.

1.2 Nicht versicherungsfähige Personen

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen mit einer bei Vertragsabschluss bereits vorhandenen voll- oder teilprothetischen Versorgung (herausnehmbarer Zahnersatz) sowie Personen mit bei Vertragsabschluss mehr als drei fehlenden Zähnen. Als fehlend im Sinne dieses Tarifs gelten Zähne, die nicht durch Zahnersatzmaßnahmen ersetzt wurden. Ein vollständiger Lückenschluss, Weisheitszähne und Milchzähne gelten nicht als fehlender Zahn.

1.3 Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Das Versicherungsverhältnis endet bei Wegfall einer der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist.

2 Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind je nach vereinbartem Tarif die Aufwendungen für

- Zahnersatz (**BASIS-, OPTIMAL-** und **PLUS-Tarif**),
- Kieferorthopädie, Zahnbehandlung, zahnmedizinische Individualprophylaxe (**OPTIMAL-** und **PLUS-Tarif**) und
- Schmerzbehandlung (**PLUS-Tarif**)

im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Der Ersatz der Aufwendungen ist auf die in den Gebührenordnungen aufgeführten Höchstsätze begrenzt.

2.1 Zahnersatz

2.1.1 Als Zahnersatz gelten einschließlich der Material- und Laborkosten:

- Einlagefüllungen (Inlays), Veneers, Verblendungen im sichtbaren und nicht sichtbaren Bereich;
- Zahnkronen, Teleskopkronen, Teilkronen und Onlays;
- prothetische Leistungen (Zahnbrücken, Stiftaufbauten, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur);
- Implantate, auf Implantaten sitzender Zahnersatz (Suprakonstruktion) und implantologische Leistungen (zahnärztliche Leistungen, implantatbezogene Analyse, Röntgenaufnahmen und Röntgenschablonen) sowie die Implantation, die Freilegung des Implantates sowie alle mit der Implantation im Zusammenhang stehenden weichgewebs- und knochenaufbauenden Maßnahmen;
- die mit diesen Leistungen in Zusammenhang stehenden Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Gnathologie).

2.1.2 Erstattet werden

a) bei Vereinbarung des **BASIS-Tarifs** 50 Prozent des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags einschließlich anrechenbarer Vorleistungen der GKV. Bei Implantaten ist die Erstattung für eine Versorgung auf bis zu vier Stück im Oberkiefer und bis zu vier Stück im Unterkiefer beschränkt. Bereits vorhandene Implantate werden angerechnet.

b) bei Vereinbarung des **OPTIMAL-Tarifs** 80 Prozent des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags einschließlich anrechenbarer Vorleistungen der GKV.

c) bei Vereinbarung des **PLUS-Tarifs** 100 Prozent des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags einschließlich anrechenbarer Vorleistungen der GKV.

2.1.3 Wählt die versicherte Person keinen über die Regelversorgung gemäß § 56 Absatz 2 Sozialgesetzbuch V (SGB V) hinausgehenden Zahnersatz, werden die oben genannten Aufwendungen zu 100 Prozent erstattet. Die Regelversorgung entspricht den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

2.2 Kieferorthopädie

2.2.1 Als Kieferorthopädie gelten kieferorthopädische Leistungen einschließlich Röntgendiagnostik sowie Material- und Laborkosten, sofern mit der Behandlung noch vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde. Nach Vollendung des 18. Lebensjahres gilt dies nur für kieferorthopädische Behandlungen, die als Folge eines im versicherten Zeitraum erlittenen Unfalls erforderlich geworden sind. Als Unfall gilt nicht, wenn durch Nahrungsaufnahme (z.B. Biss auf einen Kirschkern) ein Schaden an den Zähnen verursacht worden ist.

2.2.2 Erstattet werden

a) bei Vereinbarung des **OPTIMAL-Tarifs** 80 Prozent der Aufwendungen, sofern keine Leistungspflicht der GKV besteht und eine Zahnfehlstellung vorliegt, die aus medizinischen Gründen eine Korrektur erforderlich macht (kieferorthopädische Indikationsgruppe KIG 2). Gleiches gilt bei bestehender Leistungspflicht der GKV (kieferorthopädischen Indikationsgruppen KIG 3-5) für die aufgrund einer Mehrkostenvereinbarung entstehenden Kosten, die nicht unter den Leistungsanspruch gegenüber der GKV fallen. Der Ersatz ist auf 2.000 EUR für die gesamte Vertragslaufzeit begrenzt.

b) bei Vereinbarung des **PLUS-Tarifs** 100 Prozent der Aufwendungen, sofern keine Leistungspflicht der GKV besteht und eine Zahnfehlstellung vorliegt, die aus medizinischen Gründen eine Korrektur erforderlich macht (kieferorthopädische Indikationsgruppe KIG 2). Gleiches gilt bei bestehender Leistungspflicht der GKV (kieferorthopädische Indikationsgruppen KIG 3-5) für die aufgrund einer Mehrkostenvereinbarung entstehenden Kosten, die nicht unter den Leistungsanspruch gegenüber der GKV fallen. Der Ersatz ist auf 3.000 EUR für die gesamte Vertragslaufzeit begrenzt.

In Ergänzung zu Ziffer 4 gilt als anrechenbare Vorleistung der GKV der vorgesehene Eigenanteil des Versicherten (§ 29 Absatz 2 SGB V).

2.3 Zahnbehandlung

2.3.1 Als Zahnbehandlung gelten einschließlich der Material- und Laborkosten:

- konservierende Leistungen (z.B. plastische Füllungen, Wurzelkanalbehandlungen);
- chirurgische Maßnahmen einschließlich Wundrevision sowie Nachbehandlung (z.B. Wurzelspitzenresektion);
- parodontologische Leistungen. Dazu gehören die Bestimmung des Parodontalstatus, die Untersuchung zum Nachweis paropathogener Keime, Weichgewebsmaßnahmen und die Behandlung knöcherner parodontaler Defekte;
- Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (Knirscherschienen, nicht jedoch im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung) einschließlich funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen.

2.3.2 Bei Vereinbarung des **OPTIMAL-Tarifs** und des **PLUS-Tarifs** erstattet der Versicherer bei Zahnbehandlung 100 Prozent des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags, falls die GKV Leistungen erbringt, die Differenz zu 100 Prozent.

2.4 Zahnmedizinische Individualprophylaxe

2.4.1 Als zahnmedizinische Individualprophylaxe gelten professionelle Zahnreinigung, Entfernung harter und weicher Zahnbeläge, Versiegelung einschließlich Fissurenversiegelung, Behandlung überempfindlicher Zahnflächen, Fluoridierung, Speicheltest zur Keimbestimmung, Kariesrisikodiagnostik sowie Erstellung eines Mundhygienestatus und weitere Kontrollen des Übungserfolgs.

2.4.2 Bei Vereinbarung des **OPTIMAL-Tarifs** und des **PLUS-Tarifs** erstattet der Versicherer bei Zahnprophylaxe 100 Prozent des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags, falls die GKV Leistungen erbringt, die Differenz zu 100 Prozent. Die Erstattungsleistungen sind auf 100 EUR pro Versicherungsjahr begrenzt.

2.5 Schmerzbehandlung

Bei Vereinbarung des **PLUS-Tarifs** werden in unmittelbarem Zusammenhang mit den Leistungen nach Ziffer 2.1 bis 2.3 die Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung zu 100 Prozent erstattet. Dies gilt auch für Maßnahmen außerhalb der Leistungspflicht der GKV. Hierzu zählen Aufwendungen für Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf), Teil- oder Vollnarkose, Lachgas-Sedierung, Akupunktur und Hypnose.

Der Erstattungsbetrag ist auf 200 EUR pro Versicherungsjahr begrenzt.

3 Wartezeiten

a) Bei Vereinbarung des **BASIS-Tarifs** oder des **OPTIMAL-Tarifs** richtet sich die Wartezeit nach den Ziffern 3.3 und 3.4 AVB/Kranken 2019.

b) Bei Vereinbarung des **OPTIMAL-Tarifs** entfällt darüber hinaus die Wartezeit bei der zahnmedizinischen Individualprophylaxe nach Ziffer 2.4.

c) Bei Vereinbarung des **PLUS-Tarifs** entfällt die Wartezeit insgesamt.

4 Vorleistungen

Leistungen der GKV und gegebenenfalls anderer Kostenträger werden vom Erstattungsbetrag abgezogen. Soweit Ansprüche gegenüber der GKV bestehen, sind diese auch wahrzunehmen. Die Originalrechnungen sind mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Hat die versicherte Person in der GKV einen Selbstbehalt nach § 53 SGB V vereinbart, gilt dieser ebenfalls als Vorleistung der GKV.

Die Erstattung ist insgesamt auf max. 100 Prozent des Rechnungsbetrags begrenzt.

Die Behandlung muss im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung durchgeführt werden.

Werden Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen, z.B. weil ein Zahnarzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde, wird ein pauschaler Betrag in Höhe von 30 Prozent des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als Leistungen der GKV angerechnet. Gleiches gilt für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV keine Vorleistungen erbringt.

5 Erstattungshöchstsätze

5.1 a) Bei Vereinbarung des **BASIS-Tarifs** ist die Erstattung von Aufwendungen für Zahnersatz auf einen Gesamtbetrag begrenzt. Dieser beträgt höchstens:

- 500 EUR im ersten Versicherungsjahr;
- 1.000 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren;
- 1.500 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren;
- 2.000 EUR in den ersten vier Versicherungsjahren.

b) Bei Vereinbarung des **OPTIMAL-Tarifs** ist die Erstattung von Aufwendungen für Zahnersatz, Kieferorthopädie, Zahnbehandlung und zahnmedizinische Individualprophylaxe auf einen Gesamtbetrag begrenzt. Dieser beträgt höchstens:

- 800 EUR im ersten Versicherungsjahr;
- 1.600 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren;
- 2.400 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren;
- 3.200 EUR in den ersten vier Versicherungsjahren.

Die Begrenzung der Aufwendungen für Kieferorthopädie nach Ziffer 2.2.2 bleibt unberührt.

c) Bei Vereinbarung des **PLUS-Tarifs** ist die Erstattung von Aufwendungen für Zahnersatz, Kieferorthopädie, Zahnbehandlung, zahnmedizinische Individualprophylaxe und Schmerzbehandlung auf einen Gesamtbetrag begrenzt. Dieser beträgt höchstens:

- 1.000 EUR im ersten Versicherungsjahr;
- 2.000 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren;
- 3.000 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren;
- 4.000 EUR in den ersten vier Versicherungsjahren.

Die Begrenzung der Aufwendungen für Kieferorthopädie nach Ziffer 2.2.2 bleibt unberührt.

5.2 Die Erstattungshöchstsätze nach Ziffer 5.1 entfallen bei nachgewiesenen, unfallbedingten Aufwendungen.

5.3 Die in Ziffer 5.1 genannten Erstattungshöchstsätze gelten nach Ziffer 4.1 AVB/Kranken 2019 jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres.

Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Versicherungsjahr. Die Höchstsätze ermäßigen sich im ersten Versicherungsjahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat.

6 Heil- und Kostenplan

Es empfiehlt sich, dem Versicherer vor der eigentlichen Behandlung einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Der Versicherer informiert den Versicherungsnehmer im Anschluss über den Umfang des Versicherungsschutzes.

7 Monatsbeiträge

Alter	BASIS-Tarif	OPTIMAL-Tarif	PLUS-Tarif
0–25	3,20 EUR	14,10 EUR	21,50 EUR
26–30	3,90 EUR	14,50 EUR	23,90 EUR
31–35	4,10 EUR	17,40 EUR	28,60 EUR
36–40	4,90 EUR	22,10 EUR	34,10 EUR
41–45	6,20 EUR	26,20 EUR	38,60 EUR
46–50	7,40 EUR	30,00 EUR	44,00 EUR
51–55	8,90 EUR	36,10 EUR	52,90 EUR
56–60	10,20 EUR	42,00 EUR	61,70 EUR
ab 61	12,40 EUR	46,30 EUR	72,30 EUR

Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Erreicht die versicherte Person zu Beginn des nächsten Kalenderjahres das erste Alter der jeweils folgenden Beitragsgruppe, ist ab Beginn des neuen Kalenderjahres der für diese Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen.

8 Anpassung von Versicherungsleistungen

Bei Änderungen der Leistungen der GKV oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen der Tarife haben, ist der Versicherer berechtigt, die Tarifbeschreibung nach Maßgabe von Ziffer 18 AVB/Kranken 2019 den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Der Versicherer ist nach Maßgabe von Ziffer 18 AVB/Kranken 2019 auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen anzupassen.

Tarifbeschreibung zur stationären Zusatzversicherung

1 Versicherungsfähigkeit, Wegfall der Versicherungsfähigkeit

1.1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen,

1.1.1 die bei einem deutschen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und

1.1.2 die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und

1.1.3 für die keine weitere private Versicherung mit Krankenhausleistungen besteht.

1.2 Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Das Versicherungsverhältnis endet bei Wegfall einer der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist.

2 Versicherungsleistungen

2.1 Wahlleistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Wahlleistungen bei einer stationären Heilbehandlung in Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in der jeweils gültigen Fassung unterliegen. Als Wahlleistungen gelten:

- Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer nach Ziffer 2.1.1;
- privatärztliche Behandlung nach Ziffer 2.1.2.

Erbringt die GKV keine Leistungen, so entfällt auch die Erstattung nach diesem Tarif.

2.1.1 Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer

Erstattet werden 100 Prozent der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer einschließlich der Kosten für besondere Verpflegungsarten, für die Bereitstellung eines Telefon- oder Internetanschlusses und/oder eines Radios/Fernsehers.

Soweit Krankenhäuser nicht nach der BPflV abrechnen, entspricht die 1. Pflegeklasse dem Einbettzimmer, die 2. Pflegeklasse dem Zweibettzimmer und die 3. Pflegeklasse dem Drei- und Mehrbettzimmer.

Werden bei einer stationären Heilbehandlung bei gesondert berechneter Unterbringung im Zweibettzimmer keine zusätzlichen Aufwendungen für ein Einbettzimmer geltend gemacht, wird je Krankenhaustag ein Ersatzkrankenhaustagegeld in Höhe von 30 EUR gezahlt.

Werden bei einer stationären Heilbehandlung keine zusätzlichen Aufwendungen für die Unterbringung im Ein- und im Zweibettzimmer geltend gemacht, wird je Krankenhaustag ein Ersatzkrankenhaustagegeld in Höhe von 50 EUR gezahlt.

Aufnahme- und Entlassungstag gelten für die Berechnung des Ersatzkrankenhaustagegeldes als jeweils ein Krankenhaustag.

2.1.2 Privatärztliche Behandlung

Erstattet werden 100 Prozent der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für gesondert berechenbare wahlärztliche oder belegärztliche Leistungen.

Werden bei einer stationären Heilbehandlung keine zusätzlichen Aufwendungen für gesondert berechnete wahlärztliche oder belegärztliche Leistungen geltend gemacht, wird je Krankenhaustag ein Ersatzkrankenhaustagegeld in Höhe von 50 EUR gezahlt.

Aufnahme- und Entlassungstag gelten für die Berechnung des Ersatzkrankenhaustagegeldes als jeweils ein Krankenhaustag.

2.2 Begleitperson bei Kindern (Rooming-in)

Erstattet werden 100 Prozent der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung eines Elternteils, wenn dieser als Begleitperson neben dem versicherten Kind stationär aufgenommen wird.

Eine Erstattung erfolgt nur, wenn und solange das Kind das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und die Aufwendungen nicht von der GKV zu tragen sind.

Die Dauer der Begleitung sowie die Höhe der Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson sind durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

2.3 Vor- und nachstationäre Behandlung gemäß § 115a Sozialgesetzbuch V (SGB V)

Erstattet werden 100 Prozent der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V. Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

- die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
- im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Erbringt die GKV keine Leistungen, so entfällt auch die Erstattung nach diesem Tarif.

2.4 Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung im Rahmen einer stationären Behandlung

Erstattet werden 100 Prozent der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen, soweit sie nicht unter § 115a SGB V fallen. Erbringt die GKV keine Leistungen, so entfällt auch die Erstattung nach diesem Tarif.

2.5 Ambulante Operationen

Erstattet werden 100 Prozent der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für gesondert berechnete wahlärztliche oder belegärztliche Leistungen im Rahmen einer ambulant durchgeführten Operation im Krankenhaus. Die erstattungsfähigen Operationen ergeben sich aus dem nach § 115b SGB V erstellten Katalog. Erbringt die GKV keine Leistungen, so entfällt auch die Erstattung nach diesem Tarif.

Werden keine zusätzlichen Aufwendungen für gesondert berechnete wahlärztliche oder belegärztliche Leistungen geltend gemacht, wird einmalig ein Ersatzkrankenhaustagegeld in Höhe von 50 EUR gezahlt.

2.6 Freie Krankenhauswahl

Erstattet werden 100 Prozent der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die entstehen, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt (§ 39 Absatz 2 SGB V). Erbringt die GKV keine Leistungen, so entfällt auch die Erstattung nach diesem Tarif.

2.7 Fahrt- und Transportkosten

Erstattet werden 100 Prozent der Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen Krankentransport durch anerkannte Rettungsdienste bis zu 100 km, mindestens aber bis zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, soweit sie nicht von der GKV zu tragen sind.

Erstattet werden auch die nachgewiesenen Fahrtkosten zum und vom Krankenhaus bis zu 100 km am Tag der ambulanten Operation.

2.8 Gesetzliche Zuzahlungen

Erstattet werden 100 Prozent der Aufwendungen für die nach § 61 SGB V vorgesehenen gesetzlichen Zuzahlungen zu

- stationären Krankenhausbehandlungen (§ 39 SGB V) und
- Fahrtkosten (§ 60 SGB V) bei stationären Behandlungen und ambulanten Operationen.

3 Gemischte Heilanstalten

In Abweichung zu Ziffer 4.5 AVB/Kranken 2019 ist eine schriftliche Zusage des Versicherers nicht erforderlich, wenn

- es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder
- während des Aufenthalts in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

4 Sonstige Bestimmungen

4.1 Die Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen werden ersetzt, soweit sie gemäß der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet sind. Der Ersatz der Aufwendungen ist auf die in der Gebührenordnung aufgeführten Höchstsätze begrenzt.

Erstattungsfähig sind auch ärztliche Leistungen über die in der GOÄ festgelegten Höchstsätze hinaus, wenn der Liquidation eine sachlich begründete rechtswirksame Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

4.2 Die Leistungen der GKV müssen auf den eingereichten Kostenbelegen bestätigt und die Höhe angerechneter Leistungen aus einem vereinbarten Selbstbehalt nach § 53 SGB V angegeben sein. Vereinbarte Selbstbehalte nach § 53 SGB V gelten als Leistungen der GKV und werden nicht ersetzt.

4.3 Soweit Krankenhäuser nicht nach der BPflV oder dem KHEntgG abrechnen, werden die Aufwendungen im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß BPflV und KHEntgG angefallen wären.

5 Monatsbeiträge

Alter	Beitrag	Alter	Beitrag
0–15	11,50 EUR	56–60	38,20 EUR
16–20	14,60 EUR	61–65	54,50 EUR
21–25	16,50 EUR	66–70	78,90 EUR
26–50	18,60 EUR	71–75	109,50 EUR
51–55	27,10 EUR	ab 76	150,60 EUR

Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Erreicht die versicherte Person zu Beginn des nächsten Kalenderjahres das erste Alter der jeweils folgenden Beitragsgruppe, ist ab Beginn des neuen Kalenderjahres der für diese Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen.

6 Anpassung von Versicherungsleistungen

Bei Änderungen der Leistungen der GKV oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen des Tarifes haben, ist der Versicherer berechtigt, die Tarifbeschreibung nach Maßgabe von Ziffer 18 AVB/Kranken 2019 den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Der Versicherer ist nach Maßgabe von Ziffer 18 AVB/Kranken 2019 auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen anzupassen.

Tarifbeschreibung zur ambulanten Zusatzversicherung

1 Versicherungsfähigkeit, Wegfall der Versicherungsfähigkeit

1.1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen,

1.1.1 die bei einem deutschen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und

1.1.2 die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und

1.1.3 für die keine weitere private Versicherung mit ambulanten Leistungen besteht.

1.2 Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Das Versicherungsverhältnis endet bei Wegfall einer der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist.

2 Versicherungsleistungen

2.1 Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind 100 Prozent der nach § 61 SGB V vorgeschriebenen Zuzahlungen für ärztlich verordnete

- Arznei- und Verbandmittel (§ 31 SGB V)
- Heilmittel (§ 32 SGB V)
- Hilfsmittel (§ 33 SGB V)

2.2 Hörgeräte

Erstattungsfähig sind 90 Prozent des nach Vorleistung der GKV verbleibenden Rechnungsbetrags für Hörgeräte, max. 1.000 EUR pro Versicherungsjahr. Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit ist eine vorherige Leistung der GKV auf das jeweils in Rechnung gestellte Hörgerät.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Wartung, die Reparatur, den Betrieb (z.B. Batterien) und die Pflege (z.B. Reinigungsmittel) der Hörgeräte.

2.3 Sehhilfen und Laser-Operation zur Sehschärfenkorrektur

2.3.1 Sehhilfen

Erstattungsfähig sind 100 Prozent des Rechnungsbetrags für Sehhilfen, max. 400 EUR innerhalb von zwei Versicherungsjahren. Etwaige Vorleistungen der GKV werden angerechnet. Als Sehhilfen gelten Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen (auch Tages- und Monatslinsen).

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Reparatur, die Reinigung und Pflegemittel der Sehhilfen.

2.3.2 Laser-Operation zur Sehschärfenkorrektur

Nach Ablauf von 24 Monaten seit Beginn der ambulanten Zusatzversicherung besteht während der gesamten Vertragslaufzeit ein einmaliger Anspruch auf Erstattung von 100 Prozent des Rechnungsbetrags für eine Sehschärfenkorrektur mittels Laser-Operation (z.B. LASIK) bis zu einem Gesamterstattungsbetrag für beide Augen von 1.500 EUR.

2.4 Naturheilverfahren

Erstattungsfähig sind 90 Prozent des nach etwaiger Vorleistung der GKV verbleibenden Rechnungsbetrags, insgesamt max. 1.000 EUR pro Versicherungsjahr für

- Aufwendungen für Heilbehandlung durch Heilpraktiker und
- Aufwendungen für durch Ärzte mit naturheilkundlicher Zusatzbezeichnung durchgeführte Naturheilverfahren nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis in der jeweils gültigen Fassung

sowie die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel.

Die Aufwendungen für die Vergütung von Heilpraktikern sind bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) in der jeweils gültigen Fassung erstattungsfähig.

Die Aufwendungen für die Vergütung von Ärzten mit naturheilkundlicher Zusatzbezeichnung sind bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung erstattungsfähig.

2.5 Vorsorgeuntersuchungen/Schutzimpfungen

Erstattungsfähig sind 100 Prozent des nach etwaiger Vorleistung der GKV verbleibenden Rechnungsbetrags für

- ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte, die der Früherkennung von Krankheiten und Untersuchungen in der Schwangerschaft dienen. Für die Vorsorgeuntersuchungen gelten keine Altersgrenzen oder Untersuchungsintervalle. Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen werden nicht erstattet.
- Schutzimpfungen inklusive Reiseschutzimpfungen und Malariaprophylaxe. Versichert sind die ärztliche Behandlung sowie die erforderlichen Medikamente.

Die Aufwendungen für die Vergütung von Ärzten sind bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung erstattungsfähig.

Insgesamt sind für alle Vorsorgeuntersuchungen/Schutzimpfungen max. 500 EUR pro Versicherungsjahr erstattungsfähig.

3 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person tragen, ferner Angaben über die Krankheit (Diagnose), die einzelnen Verrichtungen und die Behandlungstage enthalten. Die Rezepte müssen den Namen des Versicherten, die Verordnung, den Tag der Ausstellung, den quittierten Betrag und den Stempel der Apotheke enthalten. Den Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind die entsprechenden Verordnungen beizufügen. Verordnungen können auch in Kopie vorgelegt werden.

4 Vorleistungen

Leistungen der GKV und gegebenenfalls anderer Kostenträger werden angerechnet. Soweit Ansprüche gegenüber der GKV bestehen, sind diese auch wahrzunehmen. Die Originalrechnungen sind mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Vereinbarte Selbstbehalte nach § 53 SGB V gelten als Leistungen der GKV und werden nicht ersetzt.

5 Erstattungshöchstsätze

Die Erstattungshöchstsätze gelten nach Ziffer 4.1 AVB/Kranken 2019 jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres.

Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Versicherungsjahr. Die Höchstsätze ermäßigen sich im ersten Versicherungsjahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat.

6 Monatsbeiträge

Alter	Beitrag	Alter	Beitrag
0–25	15,60 EUR	46–50	28,50 EUR
26–30	18,80 EUR	51–55	29,80 EUR
31–35	20,70 EUR	56–60	30,30 EUR
36–40	22,30 EUR	ab 61	37,40 EUR
41–45	25,70 EUR		

Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Erreicht die versicherte Person zu Beginn des nächsten Kalenderjahres das erste Alter der jeweils folgenden Beitragsgruppe, ist ab Beginn des neuen Kalenderjahres der für diese Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen.

7 Anpassung von Versicherungsleistungen

Bei Änderungen der Leistungen der GKV oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen des Tarifes haben, ist der Versicherer berechtigt, die Tarifbeschreibung nach Maßgabe von Ziffer 18 AVB/Kranken 2019 den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Der Versicherer ist nach Maßgabe von Ziffer 18 AVB/Kranken 2019 auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen anzupassen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/Kranken 2019)

Diese Bedingungen gelten nur zusammen mit den Tarifbeschreibungen.

Der Versicherungsschutz

1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes 14
2 Beginn des Versicherungsschutzes 15
3 Wartezeiten 15
4 Umfang der Leistungspflicht 15
5 Einschränkung der Leistungspflicht 15
6 Auszahlung der Versicherungsleistungen 16
7 Ende des Versicherungsschutzes 16

Pflichten des Versicherungsnehmers

8 Beitrag 16
8.1 Beitragszahlung 16
8.2 Beitragsberechnung 16
8.3 Beitragsanpassung 17
9 Obliegenheiten 17
10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen 17
11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte 17
12 Aufrechnung 17

Ende der Versicherung

13 Vertragsdauer/Kündigung durch den Versicherungsnehmer 17
14 Kündigung durch den Versicherer 17
15 Sonstige Beendigungsgründe 17

Sonstige Bestimmungen

16 Willenserklärungen und Anzeigen 18
17 Meinungsverschiedenheiten und Gerichtsstände 18
18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen 18
19 Embargobestimmung 18

Der Versicherungsschutz

1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1.1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer

1.1.1 in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen;

1.1.2 in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

1.2 Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

1.2.1 Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und Fehlgeburt. Dies gilt auch für den Fall eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs;

1.2.2 ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, auch wenn sie über die gesetzlich eingeführten Programme hinausgehen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen);

1.2.3 Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

1.3 Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung, dem Tarif mit Tarifbeschreibung sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

1.4 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa, in den nichteuropäischen Anliegerstaaten des Mittelmeers, auf den Kanarischen Inseln, auf Madeira und den Azoren.

1.4.1 Er kann durch Vereinbarung auch auf außerhalb des in Ziffer 1.4 genannten Geltungsbereichs befindliche Länder ausgedehnt werden (vgl. aber Ziffer 15.3).

Während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts außerhalb des in Ziffer 1.4 genannten Geltungsbereichs besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über diesen Zeitraum hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens jedoch für weitere zwei Monate.

1.4.2 Bei Auslandsaufenthalten der versicherten Person innerhalb und außerhalb Europas ist der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

1.5 Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

1.6 Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz nach Maßgabe von § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (Ziffer 13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (Ziffern 8.2.4 und 8.2.5) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (Ziffer 3.5) einzuhalten.

Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

2 Beginn des Versicherungsschutzes

2.1 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

2.2 Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz, auch für Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und Anomalien, ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

2.3 Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

2.4 Das erste Versicherungsjahr des jeweiligen Tarifs rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

3 Wartezeiten

3.1 Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

3.2 Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

Sie entfällt

3.2.1 bei Unfällen;

3.2.2 für den Ehegatten oder den Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

3.3 Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate. Sie entfallen bei Unfällen.

3.4 Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches/zahnärztliches Zeugnis auf dem Vordruck des Versicherers über den Gesundheitszustand vorgelegt wird. Ist der Wartezeiterlass gewünscht, so ist die versicherte Person verpflichtet, sich auf eigene Kosten der Untersuchung zu unterziehen und den ärztlichen/zahnärztlichen Untersuchungsbericht dem Versicherer innerhalb von 21 Tagen nach Antragstellung vorzulegen. Geschieht dies nicht, so gilt die Versicherung als ohne ärztliche/zahnärztliche Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

3.5 Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

4 Umfang der Leistungspflicht

4.1 Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbeschreibung. Die Aufwendungen werden jeweils dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt, die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen oder die Heilmittel erbracht werden. Soweit der Tarif jährliche betragsmäßige Festlegungen (z.B. Selbstbehalte oder Leistungshöchstsätze) vorsieht, gelten diese je versicherte Person für volle Versicherungsjahre. Beginnt die Versicherung nicht am 1.1., ermäßigt sich der Betrag im ersten Versicherungsjahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat. Im Kalenderjahr, in dem die Versicherung endet, mindert sich der Selbstbehalt bzw. ein tariflicher Höchstsatz nicht.

4.2 Der versicherten Person steht in Deutschland die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten, den für ambulante Behandlungen liquidationsberechtigten approbierten Ärzten eines Krankenhauses, den zur ambulanten Heilbehandlung zugelassenen Ambulanzen eines Krankenhauses, welches die Voraussetzungen nach Ziffer 4.4 erfüllt, den medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Sozialgesetzbuch V (SGB V) (bei medizinischen Versorgungszentren handelt es sich um ärztlich geleitete Einrichtungen, welche für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind), wenn die Abrechnung auf der Grundlage der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte erfolgt, den niedergelassenen approbierten psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes frei. Im Ausland können die im jeweiligen Land zugelassenen Heilbehandler in Anspruch genommen werden.

4.3 Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Ziffer 4.2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie vom Behandler verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten: Nährmittel (außer bei Vorliegen einer Enzymmangelerkrankung oder Mukoviszidose) und Stärkungspräparate (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badezusätze, Kosmetika, Antikonzeptiva, Desinfektionsmittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

4.4 Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

4.5 Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Ziffer 4.4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen im versicherten Rahmen gewährt.

Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

4.6 Bei teil-, vor- und nachstationärer Heilbehandlung sowie bei einer stationären Heilbehandlung in einem Sanitätszentrum der Bundeswehr besteht kein Anspruch auf Krankenhaustagegeld bzw. Ersatzkrankenhaustagegeld.

4.7 Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

4.8 Aufwendungen für Behandlungen durch die in Ziffer 4.2 genannten Behandler und in den in den Ziffern 4.4 und 4.5 genannten Einrichtungen sowie für Verordnungen nach Ziffer 4.3 sind nur erstattungsfähig, sofern der Tarif entsprechende Leistungen auch vorsieht (vgl. Ziffer 4.1 Satz 1).

4.9 Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 EUR überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

4.10 Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

5 Einschränkung der Leistungspflicht

5.1 Keine Leistungspflicht besteht

5.1.1 für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Die Leistungseinschränkung für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen

sowie durch Kriegsereignisse verursachte Folgen von Unfällen und für Todesfälle entfällt, wenn

- die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird,
- für das betroffene Gebiet zum Zeitpunkt der Einreise der versicherten Person keine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes in Bezug auf das Kriegsereignis vorlag und
- die versicherte Person objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets gehindert ist.

Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des Satz 1.

5.1.2 für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

5.1.3 für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

5.1.4 für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

5.1.5 für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

5.1.6 für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;

5.1.7 soweit – bei einer Behandlung im Inland oder im Ausland – die Behandlungsrechnung oder Teile davon den Bestimmungen der gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte und Psychotherapeuten bzw. dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten, falls der Tarif nichts anderes vorsieht;

5.1.8 soweit bei einer Behandlung im Ausland die ortsüblichen Sätze überschritten werden.

5.2 Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

5.3 Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

5.4 Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

6.1 Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Rechnungszweitschriften mit Erstattungsvermerken eines anderen Versicherungsträgers werden Originalen gleichgestellt. Die Rechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Arztes (bei Behandlungen im Inland: mit Nummern des Gebührenverzeichnisses, hierfür in Rechnung gestellten Steigerungssätzen) und jeweiligem Behandlungsdatum. Wird nur Krankenhaustagegeld beansprucht, genügt eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses bzw. der Kurklinik mit dem Namen der behandelten Person über die Dauer des Krankenhausaufenthalts und die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose).

6.2 Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG.

6.3 Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

6.4 Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen 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, zum Tag des Eingangs der Belege beim Versicherer, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.

6.5 Kosten für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden; Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen können abgezogen werden, wenn der Versicherungsnehmer kein Inlandskonto benannt hat.

7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

8 Beitrag

8.1 Beitragszahlung

8.1.1 Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten (1/12 des Jahresbeitrags) gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Beitrag während des Versicherungsjahres nach Maßgabe von Ziffer 8.3 neu festgesetzt, ist der neue Beitrag vom Änderungszeitpunkt an zu zahlen. Wurden Beiträge bereits im Voraus gezahlt, ist der Unterschiedsbetrag nachzuzahlen bzw. zu erstatten.

8.1.2 Beginnt eine Versicherung nicht am Ersten eines Monats oder endet eine Versicherung nicht zum Ende eines Monats, wird der Beitrag für diese Monate nur anteilig erhoben.

8.1.3 Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

8.1.4 Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten, der gesetzlichen Verzugszinsen und der von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren verpflichtet.

8.1.5 Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Absatz 2 VVG oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu.

8.1.6 Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

8.2 Beitragsberechnung

8.2.1 Die Versicherung wird nach Art der Schadenversicherung betrieben; eine Alterungsrückstellung wird nicht gebildet.

8.2.2 Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

8.2.3 Der Beitrag richtet sich nach der Beitragsgruppe des erreichten Alters. Die Beitragsgruppen können aus einem einzigen Alter bestehen oder mehrere Alter umfassen. Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bei Vertragsschluss die Beitragsgruppen und die zugehörigen Beiträge mit. Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Erreicht die versicherte Person zu Beginn des nächsten Kalenderjahres das erste Alter der jeweils folgenden Beitragsgruppe, ist ab Beginn des neuen Kalenderjahres der für diese Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen.

8.2.4 Bei Beitragsänderungen, auch durch Eintritt in eine andere Beitragsgruppe, kann der Versicherer besonders vereinbarte Risikozuschläge im Verhältnis der Veränderung anpassen.

8.2.5 Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

8.3 Beitragsanpassung

8.3.1 Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt die Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen können auch betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligungen, im Tarif vorgesehene Ersatzkrankenhaustagegelder oder Leistungsbegrenzungen sowie vereinbarte Risikozuschläge entsprechend geändert werden.

8.3.2 Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den unabhängigen Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

8.3.3 Anpassungen nach Ziffer 8.3.1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

9 Obliegenheiten

9.1 Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. Ziffer 6.3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

9.2 Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

9.3 Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

9.4 Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

9.5 Weitere, besondere Obliegenheiten können sich aus der jeweils vereinbarten Tarifbeschreibung ergeben.

10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

10.1 Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in den Ziffern 9.1 bis 9.5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

10.2 Wird eine der in den Ziffern 9.4 und 9.5 genannten Obliegenheiten verletzt, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

10.3 Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

11.1 Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

11.2 Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

11.3 Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in Ziffer 11.1 und 11.2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

11.4 Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Ziffern 11.1 bis 11.3 entsprechend anzuwenden.

12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

13 Vertragsdauer/Kündigung durch den Versicherungsnehmer

13.1 Der Versicherungsvertrag wird zunächst bis zum 31.12. des folgenden Kalenderjahres abgeschlossen. Er verlängert sich um je ein weiteres Versicherungsjahr (zwölf Monate), wenn der Versicherungsnehmer ihn nicht mit einer Frist von drei Monaten vor dem jeweiligen Ablauf in Textform gekündigt hat. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses (z.B. Tarifwechsel) haben keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.

13.2 Die Kündigung kann auf einzelne Tarife beschränkt werden.

13.3 Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

13.4 Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel (Ziffer 8.3.1) oder vermindert er seine Leistungen gemäß Ziffer 18.1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

13.5 Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

13.6 Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis, hat die versicherte Person das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffene versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.

14 Kündigung durch den Versicherer

14.1 Der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.

14.2 Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt; eine danach zulässige Kündigung kann auf einzelne Tarife beschränkt werden.

15 Sonstige Beendigungsgründe

15.1 Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherte Person hat jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

15.2 Beim Tod der versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

15.3 Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in Ziffer 1.5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

Sonstige Bestimmungen

16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

17 Meinungsverschiedenheiten und Gerichtsstände

17.1 Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung

Wenn der Versicherungsnehmer als Verbraucher mit der Entscheidung des Versicherers nicht zufrieden ist oder eine Verhandlung mit dem Versicherer nicht zu dem vom Versicherungsnehmer gewünschten Ergebnis geführt hat, kann der Versicherungsnehmer sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden.

Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin

Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Wenn der Versicherungsnehmer als Verbraucher diesen Vertrag online (z.B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen hat, kann er sich mit seiner Beschwerde auch online an die Plattform http://ec.europa.eu/consumers/odr/ wenden. Seine Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

17.2 Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
– Bereich Versicherungsaufsicht –
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

17.3 Hinweis auf den Rechtsweg

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

17.4 Gerichtsstände

17.4.1 Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

17.4.2 Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

17.4.3 Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb Deutschlands, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist abweichend von Ziffer 17.4.1 das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

18.1 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbeschreibungen 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 hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

18.2 Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. 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.

19 Embargobestimmung

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.