

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die private Ergänzungsversicherung Tarif vigo 4YOU Zahnvorsorge Premium (ZVP)

Leistungen

- § 1. Leistungsvoraussetzungen, Versicherungsfähigkeit und Geltungsbereich
- § 2. Leistungsumfang
- § 3. Leistungseinschränkungen und Wartezeit

Vertragliche Pflichten

- § 4. Beitragszahlung
- § 5. Beitragshöhe
- § 6. Mitwirkungspflichten („Obliegenheiten“)

Allgemeine Regelungen

- § 7. a) Beginn und Ende der Versicherung
b) Rechnungsanforderungen und Leistungsauszahlung
- § 8. Recht, Gerichtsstand und Vertragssprache
- § 9. Änderungen der Beiträge oder Versicherungsbedingungen
- § 10. Verjährung

Leistungen

§ 1 Leistungsvoraussetzungen, Versicherungsfähigkeit und Geltungsbereich

(1) Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

Der Versicherungsfall ist die nach Abschluss des Versicherungsvertrages medizinisch notwendige zahnärztliche oder kieferorthopädische Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen an bei Vertragsschluss vorhandenen oder dauerhaft ersetzten Zähnen der versicherten Person.

Herausnehmbare Teil- oder Vollprothesen sowie Brücken, Kronen und Implantate der versicherten Person gelten als dauerhaft ersetzte Zähne im Sinne dieser Bestimmungen.

Als Versicherungsfall gelten auch

- zahnprophylaktische Leistungen (einschließlich der professionellen Zahnreinigung / „PZR“) und
- kieferorthopädische Behandlungen nach den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 bis 5.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Dazu zählen alle Maßnahmen, die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses stattfinden, notwendig, geplant oder (zahn)ärztlich bzw. kieferorthopädisch angeraten sind (Ausnahmen: Prophylaxe einschließlich der professionellen Zahnreinigung).

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet, die eine Behandlung medizinisch notwendig macht. Biss- oder Kauvorgänge, die zu Zahnschäden führen (z.B. beim Essen) definieren wir nicht als Unfall.

(2) Versicherungsfähigkeit und versicherte Personen

a) Wer kann den Tarif abschließen?

Versicherungsfähig sind Personen, die in einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben.

b) Für wen besteht Versicherungsschutz?

Es sind die im Versicherungsschein aufgeführten Personen versichert.

(3) Wo gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland. Bei vorübergehenden Aufenthalten in anderen Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) sowie in der Schweiz besteht ebenfalls Versicherungsschutz.

Wir sind jedoch höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die wir bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätten. Dies gilt entsprechend, wenn eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat der EU bzw. des EWR verlegt.

Bei vorübergehenden Aufenthalten in Staaten außerhalb der EU, des EWR sowie außerhalb der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz.

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR, endet die Versicherung.

§ 2 Leistungsumfang

(1) Tarifliche Leistungen und Innovationsgarantie

Der Tarif bietet den versicherten Personen einen Versicherungsschutz, der die Leistungen der Grundabsicherung (GKV oder Heilfürsorge) sinnvoll ergänzt.

Leistungen, welche Ihre Grundabsicherung oder ein anderer Kostenträger für den Versicherungsfall erbringt (Vorleistungen), sind vorrangig in Anspruch zu nehmen. Nicht ausgeglichen wird ein etwaig für die versicherte Person vereinbarter Selbstbehalt wie z.B. aufgrund eines gewählten GKV-Wahltarifs mit Selbstbehalt oder zu tragende Eigenanteile im Rahmen einer kieferorthopädischen Maßnahme.

Wenn die Grundabsicherung in Anspruch genommen worden ist, aber nicht vorgeleistet hat, leisten wir im Rahmen des bestehenden Versicherungsschutzes.

Wir erstatten die Gebühren für zahnärztliche Leistungen im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und/oder für Ärzte (GOÄ) bis zu den jeweiligen Höchstsätzen.

Die mit den jeweils versicherten Leistungen verbundenen zahntechnischen Arbeiten (Material- und Laborkosten) sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen erstatten wir zu ortsüblichen, angemessenen Preisen.

Wir garantieren Ihnen, dass sämtliche heute noch unbekannte zahnmedizinischen Prophylaxe-, Zahnbehandlungs-, kieferorthopädischen, schmerz- sowie angstlindernden Maßnahmen nach den nachfolgenden Ziffern auch zukünftig versichert sind.

(2) Prophylaxe – inklusive professioneller Zahnreinigung / („PZR“)

Wir erstatten – nach etwaiger Vorleistung Dritter (z.B. GKV und/oder andere Zusatzversicherung) – 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen

- für das Beseitigen von Zahnbelägen und Verfärbungen („PZR“ – ohne Bleaching) oder Prothesenreinigung und
- für zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen (zum Beispiel Fissurenversiegelung und Zahnschmelzhärtung durch Fluoridierung).

(3) Zahnerhaltende Maßnahmen

Wir erstatten – nach etwaiger Vorleistung Dritter (z.B. GKV und/oder andere Zusatzversicherung) – 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für

- Kunststoff- und Kompositfüllungen (einschließlich Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik),
- Einlagefüllungen (Inlays, Onlays und Overlays),
- Aufbissbehelfe und Schienen (z.B. Knirscherschienen und DROS-Schienen), die nicht in Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung stehen und
- Parodontose- und Wurzelbehandlungen.

Im Zusammenhang mit diesen Leistungen erstatten wir auch die Kosten für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen.

Innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre gilt eine Leistungsstafel (siehe Absatz 6).

(4) Kieferorthopädie

Wir erstatten – nach etwaiger Vorleistung Dritter (z.B. GKV und/oder andere Zusatzversicherung) – 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu insgesamt 2.000 € während der Vertragslaufzeit für Kieferorthopädiemaßnahmen.

Wir erstatten die Kosten für zahnärztliches Honorar, zahntechnische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für kieferorthopädische Leistungen (z. B. Kunststoffschienen nach dem Alignerverfahren, Retainer, herausnehmbare oder festsitzende Zahnsparren, Außensparren).

Wir erstatten auch die Kosten für darüber hinausgehende Mehrleistungen, wie zum Beispiel besondere Behandlungsformen (z. B. innenliegende Zahnsplangen, sog. Lingualtechnik), besondere Bögen und Brackets (z. B. Kunststoff- oder Keramikbrackets, Minibrackets, selbstlegierende Brackets) oder eine Bracketumfeldversiegelung.

Im Zusammenhang mit diesen Leistungen erstatten wir auch die Kosten für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen.

Voraussetzung für unsere Leistung für Kieferorthopädie (KIG 1-5) ist, dass die versicherte Person bei Beginn der Maßnahme das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsfall als Folge eines Unfalls eintritt, der eine kieferorthopädische Behandlung medizinisch notwendig macht.

Innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre gilt eine Leistungsstaffel (siehe Absatz 6).

(5) Schmerz- und angstlindernde Maßnahmen

Wir erstatten – nach etwaiger Vorleistung Dritter (z.B. GKV und/oder andere Zusatzversicherung) – 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen

- für schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z.B. Akupunktur, Lachgas und Hypnose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist.

Die schmerz- und angstlindernden Maßnahmen müssen in einer zahnärztlichen bzw. kieferorthopädischen Praxis stattfinden.

Innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre gilt eine Leistungsstaffel (siehe Absatz 6).

(6) Leistungsstaffel

Innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre ist die Versicherungsleistung für die zahnhalterhaltenden, kieferorthopädischen sowie schmerz- und angstlindernden Maßnahmen beschränkt („Leistungsstaffel“):

- im ersten Versicherungsjahr auf höchstens 250 Euro;
- im zweiten Versicherungsjahr auf höchstens 500 Euro;
- im dritten Versicherungsjahr auf höchstens 750 Euro.

Ab dem vierten Versicherungsjahr entfällt die Leistungsstaffel.

Tritt der Versicherungsfall als Folge eines Unfalls ein, so entfällt hierfür die Leistungsstaffel.

Für Prophylaxe – inklusive professioneller Zahnreinigung / („PZR“) gilt keine Leistungsstaffel.

(7) Zugelassene Behandler

Die versicherte Person kann einen niedergelassenen approbierten Zahnarzt oder Arzt frei wählen.

Sie kann auch Einrichtungen aufsuchen, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter vorgesehen sind, dies sind z. B. zugelassene medizinische Versorgungszentren.

Erstattungsfähig sind zudem Aufwendungen einer stationären zahnärztlichen Behandlung, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen nicht ambulant durchgeführt werden kann und die GKV beziehungsweise die Heilfürsorge die allgemeinen Krankenhausleistungen der stationären zahnärztlichen Behandlung trägt.

§ 3 Leistungseinschränkungen und Wartezeit

(1) In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen oder eingeschränkt?

Keine Leistungspflicht besteht für

- a) zahnärztliche bzw. ärztliche Maßnahmen sowie zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen. In diesen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen,
- b) Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind (Ausnahmen: Prophylaxe einschließlich der professionellen Zahnreinigung),
- c) Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen (wie z. B. Kronen, Brücken, Prothesen, Implantate),
- d) zahnauhellende oder sonstige kosmetische Maßnahmen,
- e) auf Vorsatz beruhende Versicherungsfälle einschließlich deren Folgen und

- f) Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

(2) Die Erstattung ist – unter Berücksichtigung von Leistungen mehrerer Kostenträger – insgesamt auf die Summe Ihrer Aufwendungen begrenzt.

(3) Weitere Einschränkungen können sich ergeben, wenn Mitwirkungspflichten („Obliegenheiten“, siehe § 6) vorsätzlich verletzt werden.

(4) Wartezeiten

Sie haben Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.

Vertragliche Pflichten

§ 4 Beitragszahlung

(1) Was ist bei der Beitragszahlung zu beachten?

a) Berechnung der Beiträge

Die Berechnung der Beiträge ist in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie der Beitragsübersicht (Neuzugangsbeitrag) bzw. Ihrem jeweils gültigen Versicherungsschein.

Maßgeblich für die Bestimmung des Beitrages ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr (Eintrittsalter).

Für Personen, die das 20. Lebensjahr während der Laufzeit des Vertrages vollenden, ist jeweils ab Beginn dieses Kalenderjahres der diesem Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag (gemäß der jeweils aktuell gültigen Beitragsübersicht) zu zahlen.

b) Wann ist der Beitrag zu zahlen?

Der Beitrag ist monatlich zu zahlen und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ergibt sich aus dem jeweils aktuell gültigen Versicherungsschein.

Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen.

Alle weiteren Beiträge sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

Die Beitragszahlung gilt als rechtzeitig, wenn

- wir den Beitrag bei Fälligkeit einziehen können und
- der Kontoinhaber der Abbuchung nicht widerspricht.

Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, erhalten Sie von uns in Textform eine Zahlungsaufforderung. Wenn Sie dann den Beitrag unverzüglich zahlen, gilt die Beitragszahlung noch als rechtzeitig.

2) Folgen einer verspäteten Beitragszahlung

Wenn der Erst- oder Folgebeitrag schuldhaft nicht rechtzeitig gezahlt wird, sind wir leistungsfrei und können gemäß § 37 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) vom Vertrag zurücktreten bzw. gemäß § 38 VVG kündigen.

§ 5 Beitragshöhe

Die jeweils gültigen Beiträge sind der Beitragsübersicht bzw. dem Versicherungsschein (separates Dokument) zu entnehmen.

§ 6 Mitwirkungspflichten („Obliegenheiten“)

(1) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich sind.

(2) Auf unser Verlangen haben die versicherten Personen die Zahnärzte und sonstigen Heilbehandler von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und sich durch einen von uns beauftragten Arzt oder Zahnarzt untersuchen zu lassen.

(3) Die versicherten Personen haben möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen und alles zu unterlassen, was der Genesung entgegensteht.

(4) Wie wird die Kostentragung für Auskunftseinholungen gehandhabt?

Wurden Gutachten, Stellungnahmen oder sonstige Unterlagen auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir Ihnen bzw. dem Rechnungssteller die entstandenen Kosten.

(5) Sofern eine Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte erfolgt, müssen Sie uns dies unverzüglich anzeigen.

(6) Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

Wird eine Obliegenheit verletzt, sind wir je nach Verschulden gemäß § 28 VVG nicht oder nur teilweise leistungspflichtig.

Allgemeine Regelungen

§ 7 a) Beginn und Ende der Versicherung

(1) Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheines).

Für das neugeborene Kind einer versicherten Person kann der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt beginnen. Dazu müssen Sie das Kind spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zur Versicherung bei uns anmelden. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender sein als der der versicherten Person. Diese Regelungen gelten entsprechend bei Adoption eines minderjährigen Kindes.

(2) Dauer und Abschluss des Vertrages

Die Mindestvertragsdauer beträgt ein Versicherungsjahr, sofern als Versicherungsbeginn der 01.01. eines Kalenderjahres vereinbart wurde. Bei unterjährigem Versicherungsbeginn, also nach dem 01.01., beträgt die Mindestversicherungsdauer zwei Versicherungsjahre. Das erste Versicherungsjahr endet zum 31.12. des Kalenderjahres, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.

Nach Ablauf der Mindestvertragsdauer verlängert sich der Versicherungsvertrag stillschweigend weiter von Versicherungsjahr zu Versicherungsjahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat in Textform gekündigt wird.

Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrages durch den Versicherer und der Erteilung des vollständig und korrekt ausgefüllten SEPA-Lastschriftmandates zustande.

(3) Ende der Versicherung

Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages. Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

Der Vertrag endet

- mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben,
- mit Kündigung des Vertrages durch den Versicherungsnehmer. Diese kann zum Ende eines jeden Versicherungsjahres und muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt einen Monat. Sie können die Tarife auch nur für einzelne versicherte Personen kündigen. Die Kündigung ist dann aber nur wirksam, wenn die betroffene versicherte Person nachweislich über Ihre Kündigung informiert ist,
- bei Nichtzahlung des Beitrages (siehe § 4 Abs. 2) und
- bei Beendigung der Versicherung in einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beziehungsweise der Heilfürsorge oder bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz.

§ 7 b) Rechnungsanforderungen und Leistungsauszahlung

(1) Welche Unterlagen benötigen wir zur Leistungserbringung?

Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir Originalrechnungen verlangen. Beteiligt sich ein anderer Kostenträger (z.B. GKV und/oder andere Zusatzversicherung), reicht auch eine Kopie aus. Auf der Kopie muss der andere Kostenträger die Höhe seiner Leistung vermerkt haben.

Die Belege müssen den Namen des Rechnungsausstellers, die einzelnen Leistungen, einschließlich der Diagnosen, den Behandlungszeitraum sowie den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person tragen.

Krankheitskosten in ausländischer Währung rechnen wir zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro um.

Die vorgelegten Nachweise werden unser Eigentum.

Sie erhalten die Versicherungsleistungen, sobald wir festgestellt haben, ob und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind. Sollten wir nach Vorliegen aller notwendigen Unterlagen für die Bearbeitung länger als vier Wochen brauchen, erhalten Sie auf Antrag eine Abschlagszahlung. Maßgebend dafür ist die Höhe des Betrags, den wir nach den bisherigen Feststellungen voraussichtlich mindestens zahlen müssen.

Ansprüche auf Versicherungsleistungen in Geld sind nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften nicht pfändbar.

(2) Auskunft über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes

Vor Beginn einer Heilbehandlung können Sie in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Voraussetzung ist, dass die Kosten der Heilbehandlung voraussichtlich 2.000 EUR überschreiten werden. Sie erhalten dann von uns innerhalb von vier Wochen die Auskunft. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, erteilen wir die Antwort unverzüglich, spätestens aber nach zwei Wochen. Wir berücksichtigen dabei auch einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen.

Die Frist beginnt mit dem Eingang des Auskunftsverlangens bei uns. Haben wir die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, gilt die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung als notwendig. Sind wir dann der Auffassung, dass die Heilbehandlung nicht notwendig ist, müssen wir dies beweisen.

§ 8 Recht, Gerichtsstand und Vertragssprache

Es gilt deutsches Recht. Wir kommunizieren in deutscher Sprache.

Sollte einmal die gerichtliche Klärung einer Streitfrage erforderlich sein, können Sie an den Gerichten mit folgender örtlicher Zuständigkeit klagen:

- Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt
- Düsseldorf als Sitz der vigo Krankenversicherung VVaG

Für eventuelle Klagen gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben. Bei Wegzug ins Ausland außerhalb der Europäischen Union/des Europäischen Wirtschaftsraums gilt der Gerichtsstand Düsseldorf. Dasselbe gilt, wenn Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt nicht bekannt ist.

§ 9 Änderungen der Beiträge oder Versicherungsbedingungen

(1) Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?

Wir vergleichen mindestens jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den Technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Dieser Vergleich wird für jede Beobachtungseinheit des Tarifs gemäß dem in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Verfahren entsprechend § 15 Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) durchgeführt. Ergibt dieser Vergleich eine Abweichung von über 7 %, können wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. Bei einer Abweichung von mehr als 10 % müssen wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist. Eine Beitragsänderung können wir nur mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders durchführen.

Die Änderung und die Gründe dafür teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf diese Mitteilung folgt, wirksam.

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung in Textform kündigen. Das gilt auch bei erfolgten Altersgruppen-Umstufungen gemäß § 4 (1) a).

(2) Unter welchen Voraussetzungen können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

Im Falle von dauerhaften Veränderungen der Verhältnisse des Gesundheitswesens (z.B. durch Gesetzesänderungen) können wir die Versicherungsbedingungen an die geänderten Verhältnisse anpassen. Ein unabhängiger Treuhänder achtet dann darauf, dass die Änderung im Interesse der Versicherten erforderlich erscheint und angemessen ist. Die Änderung und die Gründe hierfür teilen wir

Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf unsere Mitteilung folgt, wirksam.

Unter diesen Voraussetzungen sind wir zudem berechtigt, tariflich vorgesehene Erstattungshöchstbeträge und -sätze, auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders anzupassen.

Durch höchstrichterliche Entscheidungen oder bestandskräftige Verwaltungsakte der Aufsichts- oder Kartellbehörden können Regelungen in den Versicherungsbedingungen wider Erwarten für unwirksam erklärt werden. In diesen Fällen können wir die Regelung durch eine neue ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist. Das ist auch möglich, wenn eine Fortsetzung des Vertrages ohne die neue Regelung für eine der Vertragsparteien nicht zumutbar wäre. Die neue Regelung muss unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigen. Sie wird zwei Wochen, nachdem wir Sie über die Änderung und die hierfür maßgeblichen Gründe informiert haben, wirksam.

§ 10 Verjährung

Sämtliche Ansprüche aus dem Vertrag verjähren gemäß § 195 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) nach 3 Jahren.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

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

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

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

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)
Sektor Versicherungsaufsicht
Gaurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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