

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

KombiMed Zahn Tarif KDT85

FÜR VERSICHERTE DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (GKV)

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

diese AVB sind die Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. Der vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus diesen AVB, dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften.
Es gilt deutsches Recht.

Inhaltsverzeichnis

1. Unsere Leistungen

1.1	Was ist versichert?	2
1.2	Was sind unsere Leistungen?	2
1.3	Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?	2
1.4	Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?	3
1.5	Gibt es eine Wartezeit? Wenn ja, wann beginnt sie und wie lange dauert sie?	3
1.6	Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?	3
1.7	Welche Voraussetzungen müssen Rechnungen erfüllen und wann erhalten Sie unsere Leistungen?	3
1.8	Erhalten sie für eine beabsichtigte Heilbehandlung Auskunft über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes?	3
1.9	Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?	4
1.10	Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?	4

2. Sonstige Bestimmungen

2.1	Wer kann versichert werden?	4
2.2	Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?	4
2.3	Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?	4
2.4	Wie berechnen wir die Beiträge?	4
2.5	Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?	4
2.6	Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?	5
2.7	Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?	5
2.8	Kann die versicherte Person aus Tarif KDT85 in andere Tarife wechseln?	5
2.9	Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?	5
2.10	Welche Gerichte sind zuständig?	6

1. Unsere Leistungen

1.1 Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz bei Krankheiten und Unfällen.

Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für ambulante zahnärztliche Heilbehandlung. Darüber hinaus erbringen wir Serviceleistungen.

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen.

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

1.2 Was sind unsere Leistungen?

- Wir ersetzen – unter der Voraussetzung, dass Ihre gesetzliche Krankenkasse ihre Pflichtleistung erbringt – die erstattungsfähigen Aufwendungen für

- Einlagefüllungen, Kunststofffüllungen in Dentin-Adhäsivtechnik, Zahnkronen, Zahnersatz, implantologische Leistungen,
- Wiederherstellung von Zahnkronen und Zahnersatz,

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze¹ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen,

- Material- und Laborkosten, die bei den oben aufgeführten zahnärztlichen Leistungen anfallen,

soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise (auch unter Berücksichtigung des Kreises der gesetzlich Krankenversicherten) berechnet sind

zu **85%**. Hiervon ziehen wir die Pflichtleistung Ihrer gesetzlichen Krankenkasse ab.

Sind die Aufwendungen nicht auf einen Unfall zurückzuführen, begrenzen wir unsere Erstattungsleistung auf maximal

- **500 EUR im ersten Versicherungsjahr,**
- **1.000 EUR in den ersten zwei Versicherungsjahren,**
- **1.500 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren.**

Maßgeblich für die zeitliche Zuordnung der Höchstbeträge sind die Behandlungstage. Bei Wechsel aus einem Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz gilt Folgendes: Bei der Ermittlung des Höchstbetrags rechnen wir die in dem bisherigen Tarif bereits zurückgelegte Versicherungszeit an. Dies gilt nicht bei einem Wechsel aus einer Auslandsreise-Krankenversicherung.

Lässt die versicherte Person die zahnärztlichen Leistungen ausschließlich von mit uns kooperierenden Zahnärzten durchführen, erhöht sich der Erstattungsprozentsatz auf **90%**.

Mit uns kooperierende Zahnärzte im Sinne der AVB erfüllen Kriterien für ein ständig hohes Qualitätsniveau in der medizinischen Versorgung.

Fragen Sie uns nach den mit uns kooperierenden Zahnärzten. Telefonisch erreichen Sie uns unter 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer) oder schauen Sie im Internet unter www.dkv.com – Arztsuche – nach.

Lässt die versicherte Person Zahnkronen bzw. Zahnersatz als Regelversorgung durchführen, erhöht sich der Erstattungsprozentsatz für diese Leistungen auf **100%**.

Wir empfehlen Ihnen, uns vor der eigentlichen Behandlung einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die zu erwartende Erstattungsleistung.

- Wir bieten Ihnen Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefons (Tel.: 0800/3746 444 gebührenfreie Rufnummer). Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen. Wir nennen Ihnen Adressen und Telefonnummern von Behandlern und Kliniken. Außerdem bieten wir Ihnen an, zur Klärung schwieriger zahnmedizinischer Fragen, Spezialisten einzuschalten und eine zahnärztliche Zweitmeinung einzuholen.
 - Die versicherte Person hat die Wahl unter allen niedergelassenen Zahnärzten, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter zugelassen oder ermächtigt sind. Sie kann auch Einrichtungen aufsuchen, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter vorgesehen sind. Dies sind z.B. zugelassene medizinische Versorgungszentren.
-

1.3 Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?

- Es besteht kein Versicherungsschutz für:
 - Solche Krankheiten und Unfälle, die von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt worden sind, einschließlich deren Folgen.
 - Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten erstatten wir tarifgemäß.

¹ Höchstsätze sind der 3,5fache Satz für persönliche Leistungen der GOZ bzw. GOÄ, der 2,5fache Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bzw. der 1,3fache Satz bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ.

- Unsere Leistungspflicht ist in folgenden Fällen eingeschränkt:
 - Wir können unsere Zahlungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen, falls mehr oder umfangreichere Leistungen als medizinisch notwendig erbracht werden. Dasselbe gilt, soweit die Aufwendungen für die Heilbehandlung in einem Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.
 - Bei einem Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung bzw. auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge gilt: Wir ersetzen nur die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen.
 - Die Gesamterstattung ist – auch bei Anspruch auf Leistungen gegenüber mehreren Kostenträgern – insgesamt auf die Summe Ihrer Aufwendungen begrenzt.
- Weitere Einschränkungen können sich auch aus den Nummern 1.4, 1.5, 1.6, 2.3 und 2.5 ergeben.

1.4 Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Er beginnt auch nicht vor Ablauf der Wartezeit (vgl. Nr. 1.5).
- Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Eine Besonderheit gilt für Versicherungsfälle, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages, aber vor Versicherungsbeginn oder Ablauf der Wartezeit eingetreten sind. Hier leisten wir lediglich nicht für die Aufwendungen, die in der Zeit vor Versicherungsbeginn oder während der Wartezeit angefallen sind. Bei einem Wechsel in Tarif KDT85 gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- 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. Unter diesen Voraussetzungen stehen dann auch angeborene Anomalien und Krankheiten unter Versicherungsschutz.
Diese Regelungen gelten entsprechend bei Adoption eines minderjährigen Kindes. Allerdings können wir bei einem erhöhten Krankheitsrisiko einen Zuschlag bis zur einfachen Beitragshöhe verlangen.
- Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages (vgl. Nr. 2.9). Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

1.5 Gibt es eine Wartezeit? Wenn ja, wann beginnt sie und wie lange dauert sie?

Die Wartezeit fängt mit dem Versicherungsbeginn an (vgl. Nr. 1.4) und beträgt acht Monate. Sie entfällt bei einem Unfall. Wir können sie aufgrund einer zahnärztlichen Untersuchung erlassen, wenn Sie dies auf einem besonderen Vordruck der DKV beantragen. Bei einem Wechsel in Tarif KDT85 gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

1.6 Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?

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

Bei vorübergehenden Aufenthalten in Staaten außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR, endet ihre Versicherung.

1.7 Welche Voraussetzungen müssen Rechnungen erfüllen und wann erhalten Sie unsere Leistungen?

- Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir Originalrechnungen verlangen. Beteiligt sich ein anderer Kostenträger (z.B. die GKV), reicht auch eine Kopie aus. Auf der Kopie muss der andere Kostenträger die Höhe seiner Leistung vermerkt haben. Wir können von Ihnen den Nachweis vorheriger Bezahlung verlangen.
Rechnungen müssen den Namen der behandelten Person, die Behandlungsdaten, die einzelnen Leistungen sowie die Krankheitsbezeichnungen enthalten.
- Krankheitskosten in ausländischer Währung rechnen wir zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro um.
- Sie erhalten die Versicherungsleistungen, sobald wir festgestellt haben, ob und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind. Sollten wir dafür länger als einen Monat brauchen, erhalten Sie auf Wunsch vorab einen Abschlag. Maßgebend dafür ist die Höhe des Betrags, den wir nach den bisherigen Feststellungen voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Die Monatsfrist ist unterbrochen, solange wir unsere Feststellungen infolge Ihres Verschuldens nicht beenden können.

1.8 Erhalten Sie für eine beabsichtigte Heilbehandlung 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 Kostenvorschlag 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.

1.9 Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?

- Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir Gutachten oder Stellungnahmen einholen. Über deren Inhalt müssen wir Ihnen bzw. der versicherten Person auf Verlangen Auskunft geben. Sie bzw. die versicherte Person sind auch berechtigt, Einsicht in diese Dokumente zu nehmen. In Ausnahmefällen dürfen wir nur einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht geben. Dies ist der Fall, wenn (therapeutische) Gründe entgegenstehen, dass Sie bzw. die versicherte Person Auskunft oder Einsicht bekommen.
- Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.
- Haben Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir Ihnen die entstandenen Kosten.

1.10 Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?

Sie dürfen Ihre Ansprüche auf Leistung weder abtreten noch verpfänden.

2. Sonstige Bestimmungen

2.1 Wer kann versichert werden?

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen GKV versichert sind.

2.2 Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?

- Zur Prüfung unserer Leistungspflicht und des Leistungsumfangs benötigen wir von Ihnen bzw. der versicherten Person ggf. Auskünfte. Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben.
- Die versicherte Person muss sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen, wenn wir sie hierzu auffordern.
- Die versicherte Person hat möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen. Sie muss alles unterlassen, was der Genesung entgegensteht.
- Für eine versicherte Person darf keine weitere Zusatzversicherung für die in Nr. 1.2 genannten Leistungen bestehen.

2.3 Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?

Sie erhalten keine Leistungen, wenn eine der genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt wird. Wenn eine Obliegenheit grob fahrlässig (z.B. in besonders hohem Maße) verletzt wird, können wir unsere Leistung kürzen. Die Kürzung erfolgt entsprechend der Schwere des Verschuldens. Bei der Verletzung von Auskunfts- und Untersuchungspflichten können wir nur kürzen, wenn wir Sie hierauf in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail) gesondert hingewiesen haben. Sie erhalten jedoch dann Leistungen, wenn die Verletzung der Obliegenheit keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht hat. Dies gilt nicht, wenn Sie uns arglistig (z.B. durch eine falsche Auskunft) täuschen.

Wird die in Nr. 2.2 Punkt 4 genannte Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, können wir den Versicherungsvertrag auch ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht besteht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung.

Wir rechnen Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zu.

2.4 Wie berechnen wir die Beiträge?

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Wir berechnen ihn vom Versicherungsbeginn an. Zu Beginn der Versicherung zahlen Sie den Beitrag, der dem Eintrittsalter der versicherten Person entspricht. Das Eintrittsalter errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Jahr, in dem die Versicherung beginnt und dem Geburtsjahr. Wir haben Tarif KDT85 nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Dies bedeutet: Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Für die versicherte Person, die das 9., 19., 29., 39., 49., 59., 69., 79. bzw. 89. Lebensjahr vollendet, gilt daher der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe. Diesen Beitrag haben Sie ab Beginn des dann folgenden Kalenderjahres zu zahlen.
- Die Berechnung der Beiträge ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.
- Bei Beitragsänderungen können wir auch vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

2.5 Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?

- Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig.

- Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen. Solange Sie ihn schuldhaft nicht zahlen, sind wir leistungsfrei und können auch vom Vertrag zurücktreten. Die nicht rechtzeitige Zahlung der Folgebeiträge kann zum Verlust des Versicherungsschutzes und zur Kündigung des Vertrages führen.
- Im Lastschriftverfahren zahlen Sie rechtzeitig, wenn wir den Beitrag zum Fälligkeitstag einziehen können und Sie der Einziehung nicht widersprechen. 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, ist die Beitragszahlung noch rechtzeitig.

2.6 Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?

Wir vergleichen mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Leistungen. Ergibt dieser Vergleich eine Abweichung von über 5% können wir alle Beiträge überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. Bei einer Abweichung von mehr als 10% müssen wir alle Beiträge überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. In beiden Fällen darf die Abweichung jedoch nicht nur vorübergehend sein. Eine Beitragsänderung können wir nur durchführen, wenn ihr ein unabhängiger Treuhänder zustimmt.

Dabei können wir auch einen vereinbarten Risikozuschlag entsprechend ändern.

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

2.7 Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?

- Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen können sich dauerhaft – z.B. durch Gesetze – ändern. In diesem Fall können wir die AVB 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.
- Durch höchstrichterliche Entscheidungen oder bestandskräftige Verwaltungsakte der Aufsichts- oder Kartellbehörden können AVB-Regelungen wider Erwarten für unwirksam erklärt werden. In diesen Fällen können wir die Regelung durch eine Neue ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Versicherungsvertrages 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.

2.8 Kann die versicherte Person aus Tarif KDT85 in andere Tarife wechseln?

- Sie haben das Recht, den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu verlangen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person die im angestrebten Tarif beschriebene Versicherungsfähigkeit erfüllt. Dabei rechnen wir die bis zum Wechsel erworbenen Rechte an. Der Wechsel in einen Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsabhängig kalkuliert werden, ist ausgeschlossen.
- Soweit der Versicherungsschutz in dem neuen Tarif höher oder umfassender ist, können wir einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Letzteren können Sie abwenden, indem Sie für die Mehrleistungen einen Leistungsausschluss mit uns vereinbaren. Wenn der neue Tarif Wartezeiten vorsieht, gelten diese für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

2.9 Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?

- Der Versicherungsvertrag wird zunächst für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen und verlängert sich danach jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr.
- Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre stimmen mit dem Kalenderjahr überein.
- Sie können Tarif KDT85 zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, nicht jedoch vor Ablauf der ersten zwei Versicherungsjahre kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Sie können Tarif KDT85 auch nur für einzelne versicherte Personen kündigen.
- Bei einer Beitragserhöhung können Sie die Versicherung für die hiervon betroffenen Personen kündigen. Das gleiche Recht haben Sie, wenn sich die Leistungen vermindern. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigung wird dann zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung bzw. der Leistungsverminderung wirksam.
Folgende Fristen sind zu beachten: Erhöhen sich die Beiträge aufgrund Wechsels der Altersgruppe (vgl. Nr. 2.4), müssen Sie innerhalb zweier Monate nach der Änderung kündigen. Erhöhen wir die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung (vgl. Nr. 2.6), müssen Sie innerhalb zweier Monate nach Mitteilung der Erhöhung kündigen. Dies gilt auch, wenn sich die Leistungen wegen einer Änderung der AVB vermindern (vgl. Nr. 2.7 Punkt 1).
- Ihre Kündigung für einzelne versicherte Personen ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben.
- Wir können den Versicherungsvertrag ganz oder teilweise nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen aus einem wichtigen Grund kündigen. Diese Möglichkeit haben wir z.B. dann, wenn Sie die Beiträge nicht rechtzeitig zahlen (vgl. Nr. 2.5). Auf weitere Kündigungsmöglichkeiten - unser ordentliches Kündigungsrecht - verzichten wir.

- Endet für die versicherte Person die Versicherung in der deutschen GKV, endet auch die Versicherung nach Tarif KDT85. Dies gilt auch, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR verlegt oder stirbt.
- Endet der Versicherungsvertrag ganz oder teilweise durch Kündigung, können die versicherten Personen ihre Versicherung fortführen. Die Erklärung zur Fortführung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Beendigung erfolgen. Das gleiche Recht haben die versicherten Personen, wenn der Versicherungsvertrag durch Ihren Tod endet.

2.10 Welche Gerichte sind zuständig?

Meinungsverschiedenheiten können ggf. auch eine gerichtliche Klärung erfordern. Für Ihre Klagen gegen uns ist das Gericht an unserem Sitz in Köln oder das Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort zuständig. Für unsere Klagen gegen Sie ist das Gericht an Ihrem Wohnsitz zuständig. Haben Sie keinen ständigen Wohnsitz können wir unsere Klage an Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort einreichen. Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, ist das Gericht an unserem Sitz in Köln zuständig. Dies gilt auch, wenn uns Ihr Wohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

Produktinformationsblatt zur Krankenversicherung

Einzelversicherung

Sie möchten bei uns eine Kranken- bzw. Pflegeversicherung abschließen. Mit den folgenden Informationen geben wir Ihnen hierzu einen Überblick. Bitte beachten Sie, dass diese Informationen nicht abschließend sind. Der Vertragsinhalt ergibt sich aus den folgenden Unterlagen:

- Ihrem Antrag bzw. Ihrer Anfrage in Verbindung mit unserem Angebot
- den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)
- dem Versicherungsschein
- ggf. weiteren schriftlichen Vereinbarungen

Um welche Art der Versicherung handelt es sich?

Die angebotene bzw. beantragte Versicherung ist eine private Kranken- bzw. Pflegeversicherung.

Welche Leistungen sind versichert, welche Leistungen sind ausgeschlossen?

Tarifbeschreibung für

KombiMed Zahn KDT85

Zusatzversicherung

85% inklusive GKV-Leistung für Zahnkronen, Zahnersatz, Implantate, Einlagefüllungen, dentinadhäsive Füllungen

Erhöhung auf 90% inklusive GKV-Leistung bei kooperierenden Zahnärzten

Begrenzte Erstattung in den ersten 3 Versicherungsjahren - hierbei werden Versicherungszeiten in DKV-Zahntarifen angerechnet

Gesundheitstelefon

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen? Sehen Sie bitte in den AVB nach. Maßgeblich sind die Punkte 'Unsere Leistungen' bzw. 'Der Versicherungsschutz' sowie die Tarifbestimmungen. Beim Tarif KOPT ist der Punkt "Was ist das Wesen des Optionsrechtes?" maßgeblich.

Wie hoch ist der Beitrag und wann müssen Sie ihn bezahlen? Was passiert, wenn Sie Ihren Beitrag verspätet bezahlen?

Monatsbeitrag für den gewünschten Versicherungsschutz:	
Beitragsfälligkeit:	
Erstmals zum Versicherungsbeginn:	

Wenn nichts anderes vereinbart ist, ist der Beitrag am Ersten eines jeden Monats fällig. Sie können auch eine viertel-, halb- oder jährliche Zahlungsweise wählen.

Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zahlen. Solange Sie ihn schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten. Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erst- oder eines Folgebeitrages kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den AVB nach. Maßgeblich sind die Punkte "Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben" bzw. "Beitragszahlung".

Gibt es Ausschlüsse von unserer Leistungspflicht?

Für Versicherungsfälle, die durch vorsätzliches Handeln oder Kriegsereignisse verursacht wurden, leisten wir grundsätzlich nicht. Dies gilt auch für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen. Bei Tarif KTOG leisten wir nur eingeschränkt für Krankheiten und Unfälle, die in den letzten 24 Monaten vor Antragsstellung zu einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 21 Tagen geführt haben. In der privaten Pflegepflichtversicherung besteht grundsätzlich keine Leistungspflicht, solange sich die versicherte Person im Ausland aufhält. Unter bestimmten Voraussetzungen leisten wir aber auch im Ausland.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen? Sehen Sie bitte in den AVB nach. Maßgeblich sind die Punkte "Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?" bzw. "Einschränkung der Leistungspflicht".

Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsabschluss zu beachten?

Sie müssen uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung die Ihnen bekannten Gefahrenumstände anzeigen. Dies sind solche Umstände, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir in Textform gefragt haben. Wenn Sie diese Pflicht verletzen, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen? Sehen Sie bitte im Antrags- bzw. Anfrageformular nach. Maßgeblich ist der Punkt "Angaben zur Gesundheit".

Welche Pflichten haben Sie während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Der Abschluss einer weiteren Krankenversicherung mit vergleichbaren Leistungen ist bei bestimmten Tarifen ausgeschlossen bzw. von unserer Unterrichtung und/oder Zustimmung abhängig. Bei der Krankentagegeldversicherung müssen Sie jeden Wechsel des Berufes der versicherten Person unverzüglich anzeigen. Wenn Sie diese Pflicht verletzen, können wir bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit ganz oder teilweise von der Leistungspflicht befreit sein. Unter Umständen sind wir auch zur Kündigung berechtigt.

Bei Tarif KBCK müssen Sie uns die Beendigung des bestehenden stationären Krankenversicherungsschutzes unverzüglich anzeigen.

Bei den Tarifen PZU50/100 müssen Sie uns die Beendigung der gesetzlichen Pflegeversicherung innerhalb eines Monats anzeigen. Wenn Sie diese Pflichten verletzen, können wir ebenfalls ganz oder teilweise von der Leistungspflicht befreit sein.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen? Sehen Sie bitte in den AVB nach. Maßgeblich sind die Punkte "Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?" und "Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?" bzw. "Obliegenheiten", "Folgen von Obliegenheitsverletzungen" und "Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte".

Welche Pflichten haben Sie im Versicherungsfall zu beachten?

Zur Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir ggf. Auskünfte. Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben. Die versicherte Person muss sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen, wenn wir sie hierzu auffordern.

Bei der privaten Pflegeergänzungsversicherung müssen Sie uns u.a. den Eintritt, Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich anzeigen.

Bei der Krankentagegeldversicherung gilt zusätzlich: Die Arbeitsunfähigkeit müssen Sie uns spätestens drei Tage nach dem vereinbarten Leistungsbeginn anzeigen. Sie müssen uns hierzu eine Bescheinigung des Arztes vorlegen. Bei andauernder Arbeitsunfähigkeit müssen Sie unaufgefordert alle zwei Wochen einen neuen Nachweis einreichen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit müssen Sie uns binnen drei Tagen anzeigen.

Wird eine dieser Pflichten verletzt, können wir ganz oder teilweise von der Leistungspflicht befreit sein.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen? Sehen Sie bitte in den AVB nach. Maßgeblich sind die Punkte "Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?" und "Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?" bzw. "Obliegenheiten", "Folgen von Obliegenheitsverletzungen" und "Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte".

Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages. Etwaige Wartezeiten müssen abgelaufen sein. Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages. Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist. Bei der Krankentagegeldversicherung prüfen wir, ob eine Nachleistungspflicht besteht.

Die Krankentagegeldversicherung endet spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres. Unter bestimmten Voraussetzungen können Sie die Versicherung bis zur Vollendung des 75. Lebensjahres fortsetzen. Der Tarif KTOG wird für 60 Monate abgeschlossen.

Tarif KOPT endet mit Ablauf des sechsten Versicherungsjahres. Im Fall der Verlängerung endet der Tarif spätestens mit Ablauf von weiteren vier Versicherungsjahren.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen? Sehen Sie bitte in den AVB nach. Maßgeblich sind die Punkte "Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?", "Gibt es eine Wartezeit? Wenn ja, wann beginnt sie und wie lange dauert sie?" bzw. "Ab wann können die Leistungen in Anspruch genommen werden?", "Gibt es Wartezeiten?" und "Wann endet der Versicherungsschutz?" bzw. "Der Versicherungsschutz". In der Krankentagegeldversicherung ist zusätzlich der Punkt "Welche sonstigen Beendigungsmöglichkeiten gibt es und welche Rechte bestehen bei einer solchen Beendigung?" bzw. "Sonstige Beendigungsgründe" maßgeblich, bei Tarif KTOG auch der Punkt "Wie lange läuft der Versicherungsvertrag?". In den Ausbildungstarifen ist zusätzlich der Punkt "Wer kann versichert werden?", "Versicherungsfähigkeit / Versicherungsende" bzw. "Ergänzungen und Abweichungen" maßgeblich. Bei Tarif KOPT sind die Punkte "Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?" und "Ist eine Verlängerung der Vertragsdauer möglich? Was sind dann die Voraussetzungen für eine Anmeldung zur Krankenversicherung?" maßgeblich.

Wie kann der Vertrag beendet werden?

Sie können das Versicherungsverhältnis - vorbehaltlich einer vertraglichen Mindestdauer - kündigen. Bitte beachten Sie dabei die Kündigungsfristen. Unter bestimmten Voraussetzungen habe Sie ein Sonderkündigungsrecht. Zum Beispiel, wenn sich die Beiträge erhöhen.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen? Sehen Sie bitte in den AVB nach. Maßgeblich sind die Punkte "Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?" bzw. "Welche Kündigungsmöglichkeiten haben Sie und welche Rechte bestehen bei einer Kündigung?" bzw. "Ende der Versicherung".

Tarif nach Art der Schadenversicherung

Wir haben den folgenden Tarif nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Tarife nach Art der Schadenversicherung sind reine Risikotarife. Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Wir berechnen den Beitrag in diesen Tarifen nach Altersgruppen. Bei Erreichen einer neuen Altersgruppe haben Sie - zusätzlich zu eventuell erforderlichen Beitragsanpassungen - den jeweiligen Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel deutliche Beitragssteigerungen zur Folge. Wir informieren Sie gerne über die Beiträge der einzelnen Altersgruppen.

Tarif KombiMed Zahn KDT85

Alter	Monatliche Beiträge in Euro Mann / Frau
0 - 19	1,61
20 - 29	5,92
30 - 39	13,72
40 - 49	19,61
50 - 59	29,30
60 - 69	31,94
70 - 79	31,94
80 - 89	31,94
ab 90	31,94

Kundeninformationsblatt zur Krankenversicherung Einzelversicherung

Nach der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen
(VVG-Informationspflichtenverordnung – VVG-InfoV)

Die Informationen auf diesem Blatt sind nicht abschließend.
Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Ihres Tarifs.

Angaben zum Versicherer

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
Aachener Straße 300, 50933 Köln
weitere Postanschrift: 10963 Berlin, Stresemannstraße 111
Sitz: Köln, Aktiengesellschaft, HRB 570, Amtsgericht Köln

Vorstand und Aufsichtsrat

Vorstand: Dr. Clemens Muth, Vorsitzender;
Dr. Dr. Michael Fauser, Dr. Christoph Jurecka,
Dr. Sebastian Rapsch
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Markus Rieß

Hauptgeschäft

Die DKV betreibt die private Krankenversicherung im In- und Ausland im direkten und indirekten Geschäft.

Angaben zum Garantiefonds

Die DKV gehört einem Insolvenzschutzfonds an. Dieser stellt sicher, dass in dem sehr unwahrscheinlichen Fall einer Insolvenz der DKV die Ansprüche ihrer Kunden nach wie vor erfüllt werden. Die Aufgaben des Sicherungsfonds werden von der Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln wahrgenommen.

Versicherungsleistungen und Beitrag

Vertragsgrundlage sind die AVB. Hierzu zählen auch die Tarifbestimmungen. Diese Unterlagen enthalten abschließende Angaben zu den Leistungen. Im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten fassen wir die wichtigsten Bestimmungen noch einmal zusammen. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie bitte dem Antrag.

Zahlungsmodalitäten

Die Zahlungsweise ist monatlich. Sie können aber auch eine viertel-, halb- oder jährliche Zahlungsweise wählen. Wenn nichts anderes vereinbart ist, ist der Beitrag am Ersten eines jeden Monats fällig. Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.

Zustandekommen des Vertrages

Der Vertrag kommt mit Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung zustande. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages. Darüber hinaus beginnt er nicht vor Ablauf von möglichen Wartezeiten. Bei der Auslandsreise-Krankenversicherung beginnt der Versicherungsschutz zudem nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

Annahmefrist

An Ihren Antrag sind Sie sechs Wochen gebunden. Die Frist beginnt mit dem Tag, an welchem alle notwendigen Unterlagen vorliegen. Fehlen noch Unterlagen, gilt: Die Frist beginnt am Tag nach Ablauf der Einreichfrist.

Widerrufsrecht

Die Widerrufsbelehrung entnehmen Sie bitte dem Antrag. Sie enthält Angaben zu Ihrem Widerrufsrecht und den Folgen eines Widerrufs.

Versicherungsdauer

Für die Krankheitskosten-, die Krankenhaustagegeld-, die Pflegeergänzungs- und die Serviceversicherung gilt: Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre. Für den Basistarif gilt: Die Mindestvertragsdauer beträgt 18 Monate. Für den Tarif KombiMed Option KOPT gilt: Die Mindestversicherungsdauer beträgt ein Versicherungsjahr.

Vertragsbeendigung

Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?

Für die Krankentagegeldversicherung gilt: Wir können zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Voraussetzung ist, dass kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.

Ansonsten gilt für alle Versicherungen: Wir können den Versicherungsvertrag ganz oder teilweise im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen nur aus einem wichtigen Grund kündigen.

Die Einzelheiten entnehmen Sie bitte den AVB.

Unter welchen Voraussetzungen können Sie kündigen?

Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen. Sie dürfen jedoch nicht vor Ablauf einer Mindestversicherungsdauer kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Sie können Ihre Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken.

Die Kündigung eines Tarifs, der die gesetzliche Pflicht zur Versicherung erfüllt, hat folgende weitere Voraussetzungen: Für die versicherte Person muss bei einem anderen Unternehmen eine neue Versicherung abgeschlossen sein. Diese muss den Anforderungen an die gesetzliche Pflicht zur Versicherung genügen und nahtlos an die bisherige Versicherung anknüpfen. Nur wenn Sie dies innerhalb von zwei Monaten nach Ihrer Kündigungserklärung nachweisen, wird Ihre Kündigung wirksam.

Ihre Kündigung muss in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) erfolgen.

Die Einzelheiten entnehmen Sie bitte den AVB. Aus diesen ergeben sich auch die weiteren Beendigungsgründe.

Sonstiges

Der Sitzstaat ist Deutschland. Es gilt deutsches Recht. Die Vertragssprache ist deutsch.

Außergerichtliche Streitbeilegung

Wir nehmen am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil. Den Ombudsmann erreichen Sie wie folgt:

Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 060222, 10052 Berlin,
www.pkv-ombudsmann.de.

Der Ombudsmann ist der außergerichtliche Streitschlichter für die private Kranken- und Pflegeversicherung. Er nimmt zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherten und ihren Versicherungsunternehmen neutral und unabhängig Stellung. Seine Entscheidungen sind für beide Seiten nicht bindend. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt unberührt. Für Verbraucher gilt: Haben Sie den Vertrag elektronisch geschlossen (z. B. über eine Internetseite oder per E-Mail), können Sie sich bei Beschwerden auch an die Plattform zur Online-Streitbeilegung der Europäischen Union wenden. Diese finden Sie unter <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Aufsichtsbehörde

Die zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen (BaFin). Auch an die BaFin können Sie Beschwerden richten. Die Adresse lautet: Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.



Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt

Nach § 19 Abs. 1 des Versicherungsvertragsgesetzes besteht für Sie folgende Anzeigepflicht: Sie müssen uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung die Ihnen bekannten Gefahrumstände anzeigen. Dies sind solche Umstände, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir in Textform gefragt haben. Wenn Sie diese Pflicht verletzen, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

Werden die auf der Website gestellte Fragen, soweit sie für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantwortet, gilt Folgendes:

- Wir können den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
- Bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit können wir sogar von dem Vertrag zurücktreten. Sie haben dann von Anfang an keinen Versicherungsschutz. Dies gilt nicht, wenn uns durch die Verletzung der Anzeigepflicht kein Nachteil entstanden ist.
- Unser Rücktritts- und Kündigungsrecht ist - außer bei Vorsatz - ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, z.B. mit einem Leistungsausschluss oder Risikozuschlag.

Bei einer von Ihnen zu vertretenden Pflichtverletzung können wir verlangen, dass die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil werden. Auch durch die rückwirkende Einfügung eines Leistungsausschlusses kann von Anfang an Ihr Versicherungsschutz für einen eingetretenen oder zukünftigen Versicherungsfall entfallen.

Kundeninformation bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr

(gemäß § 312 g BGB in Verbindung mit Artikel 246 § 3 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch)

1. Welche technischen Schritte führen zum Vertragsabschluss?

Sie werden durch den Onlineabschluss geführt. Erst durch Klick auf „Zahlungspflichtig abschließen“ kommt es zum Vertragsabschluss. Eine Änderung Ihrer Eingaben ist danach nicht mehr möglich. Bevor Sie auf „Zahlungspflichtig abschließen“ klicken, sollten Sie daher Ihre Eingaben immer prüfen und falls erforderlich, korrigieren. Dazu klicken Sie bitte an der erforderlichen Stelle auf den Button „Ändern“.

Nach dem Klick auf „Zahlungspflichtig abschließen“ können Sie über den Button „Download Versicherungsunterlagen“ Ihren Versicherungsschein als PDF-Dokument herunterladen und zu Ihren Unterlagen nehmen.

Bitte beachten Sie in den Anlagen des Versicherungsscheins die weiteren Hinweise zu den Themen Datenschutz und Lastschriftverfahren.

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

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

3. Werden Ihre Vertragsdaten gespeichert?

Die von Ihnen eingegebenen Vertragsdaten werden von der DKV Deutsche Krankenversicherung AG gespeichert. Sie werden zur Begründung sowie Durchführung des Versicherungsvertrags verarbeitet und genutzt.

Als Versicherungsnehmer haben Sie die Möglichkeit, Ihre Vertragsdaten online einzusehen. Bitte melden Sie sich dazu bei „Meine Versicherungen“, dem persönlichen Kundenbereich der ERGO Versicherungsgruppe, an. Hier können private Kunden ihre aktuellen Verträge bei der DKV, ERGO sowie D.A.S. einsehen und bearbeiten.

Sie können auch telefonisch (z. B. per Rückrufservice) oder per E-Mail Auskunft zu Ihrem Versicherungsschutz erhalten.

Informieren Sie sich dazu unter www.kontakt.dkv.com

4. In welcher Sprache erfolgt der Vertragsschluss?

Die Vertragssprache ist Deutsch. Bitte geben Sie Ihre Kundendaten im Rahmen des Onlineabschlusses daher in deutscher Sprache ein.

Für meine Unterlagen

Beratungsverzichtserklärung bezüglich meines Vertragsabschlusses

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

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

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

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen: DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Deutschland Produkt: KombiMed Zahn Tarife KDT, KDT50/85, KDBE

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

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

- Ihrem Antrag bzw. Ihrer Anfrage in Verbindung mit unserem Angebot,
- dem Versicherungsschein bzw. -ausweis und ggf. weiteren schriftlichen Vereinbarungen,
- den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB),
- in der Gruppenversicherung dem Gruppenversicherungsvertrag.

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

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Zahnergänzungsversicherung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).



Was ist versichert?

Sie sind versichert

- ✓ bei Krankheiten und Unfällen sowie – im Tarif KDBE – bei professioneller Zahnreinigung.

Wir ersetzen Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Heilbehandlung bzw. professionelle Zahnreinigung:

Tarif KDT

- ✓ Verdopplung des Festzuschusses der GKV.

Tarif KDT50

- ✓ Zahnkronen, Zahnersatz, Implantate, Einlagefüllungen, dentinadhäsive Füllungen: 50 %, inklusive Leistung der GKV.
- ✓ bei kooperierenden Zahnärzten: Erhöhung auf 55 % inklusive GKV-Leistung.

Tarif KDT85

- ✓ Zahnkronen, Zahnersatz, Implantate, Einlagefüllungen, dentinadhäsive Füllungen: 85 % inklusive Leistung der GKV.
- ✓ bei kooperierenden Zahnärzten: Erhöhung auf 90 % inklusive GKV-Leistung.

Tarif KDBE

- ✓ professionelle Zahnreinigung: 2 Mal pro Jahr, maximal 75 Euro je PZR.
- ✓ bei kooperierenden Zahnärzten: Erhöhung auf maximal 100 Euro je PZR.
- ✓ Wurzel- und Parodontalbehandlung, soweit keine Leistung durch die GKV erfolgt: 100 %.
- ✓ Kieferorthopädie (bei Behandlungsbeginn bis zum 18. Lebensjahr) maximal 1.500 Euro je Versicherungsfall.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind.
- ✗ Krankheiten und Unfälle, die von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt worden sind, einschließlich deren Folgen.
- ✗ Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner, Eltern oder Kinder.
- ✗ Bei Tarif KDT: Die erstmalige Versorgung von bei Beginn des Versicherungsschutzes fehlenden, nicht ersetzten Zähnen mit provisorischem wie auch endgültigem Zahnersatz.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Deckung wird bestimmt durch Art und Umfang der Versicherungsleistungen in den einzelnen Leistungsbeschreibungen (vgl. AVB).
- ! Keine Leistung für Aufwendungen, die während der Wartezeit angefallen sind.
- ! Bei den Tarifen KDT50/85 in den ersten drei Versicherungsjahren begrenzte Erstattung. Hierbei werden Versicherungszeiten in gleichartigen DKV-Zahntarifen angerechnet.
- ! Begrenzung der Gesamterstattung auf die Summe der Aufwendungen.
- ! Weitere Einschränkungen können sich ergeben:
 - bei Aufenthalt im Ausland.
 - bei Verletzung von Obliegenheiten.
 - bei einem Beitragsrückstand.



Wo bin ich versichert?

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



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Zur Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir ggf. Auskünfte von Ihnen bzw. der versicherten Person. Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben.
- Die versicherte Person muss sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen, wenn wir sie hierzu auffordern.
- Die versicherte Person hat möglichst für eine Minderung des Schadens zu sorgen. Sie muss alles unterlassen, was der Genesung entgegensteht.
- Für eine versicherte Person darf keine weitere Zusatzversicherung für die Leistungen des jeweiligen Tarifs bestehen.



Wann und wie zahle ich?

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins bzw. -ausweises zahlen. Nicht jedoch vor dem dort genannten Versicherungsbeginn.

Sie können uns den Beitrag überweisen oder uns ermächtigen, den Beitrag von Ihrem Konto einzuziehen. Bei der Gruppenversicherung gilt die im Gruppenversicherungsvertrag hinterlegte Zahlungsweise.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bzw. -ausweis angegebenen Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, bei der Gruppenversicherung nicht vor Zugang der Beitrittserklärung und vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrages. Außerdem beginnt der Versicherungsschutz nicht vor Ablauf der Wartezeit.

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

Die Versicherung endet u. a. bei

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



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, nicht jedoch vor Ablauf der ersten zwei Versicherungsjahre, kündigen. Bei der Gruppenversicherung gibt es keine Mindestversicherungsdauer.

Ihre Kündigung muss in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Sie können Ihre Kündigung auf einzelne versicherte Personen beschränken.

Die Kündigung für einzelne versicherte Personen ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben.

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

Die Punkte gelten entsprechend, wenn Sie sich von der Teilnahme an einem Gruppenversicherungsvertrag abmelden.

Erklärungen des Antragstellers/Beitretenden und der zu versichernden Person(en).

Mir ist bekannt:

Hinweis auf das Werbewiderspruchsrecht

Wir erheben, verarbeiten und nutzen Ihre personenbezogenen Daten. Diese verwenden wir zur Beratung und Abwicklung Ihres Versicherungsvertrags. Zudem nutzen wir sie, um Ihnen aktuelle Informationen und Angebote zu unseren Produkten zuzusenden. Sie möchten in Zukunft keine Informationen und Angebote von uns erhalten? Dann können Sie der Verwendung Ihrer Daten zu Werbezwecken widersprechen.

Schicken Sie uns hierzu eine kurze Nachricht per Post: DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Straße 300, 50933 Köln oder gern per E-Mail an: service@dkv.com. Per Fax erreichen Sie uns unter 01805 786000 (14 Ct./Min. aus dem deutschen Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen). Telefonisch erreichen Sie uns unter 0800 3746444 (gebührenfrei)¹.

¹oder aus dem Ausland +49 221 57894005 (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters)

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos, zur Abwicklung des Vertrags sowie im Leistungsfall benötigen wir Ihre persönlichen Daten. Wie wir Ihre Daten erheben, verarbeiten oder nutzen, ist gesetzlich geregelt. Es ist selbstverständlich, dass wir die relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie alle weiteren maßgeblichen Gesetze beachten. Darüber hinaus haben wir uns verpflichtet, die **Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft** einzuhalten. Deshalb informieren wir Sie umfassend über die Verwendung Ihrer Daten. Dadurch machen wir die Verarbeitung Ihrer Daten für Sie transparent.

Weitergehende Informationen wie

- Erläuterungen zu den Verhaltensregeln
- Liste der Dienstleister, die für uns tätig sind, und der Unternehmen, die an einer gemeinsamen Datenverarbeitung teilnehmen

– Öffentliches Verzeichnisse der DKV finden Sie auf www.dkv.com unter „Datenschutz“.

Auf Wunsch schicken wir Ihnen gern einen Ausdruck dieser Dokumente zu. Bitte wenden Sie sich dafür an unseren Kundenservice unter **0800 3746444** oder an service@dkv.com.

Ihre Rechte auf Berichtigung, Löschung und Sperrung Ihrer Daten

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten erhalten. Sie haben das Recht, falsche oder unvollständige Daten berichtigen zu lassen.

Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig erweist. Wir löschen Ihre Daten, wenn ihre Speicherung nicht mehr erforderlich ist. Dabei müssen wir die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen beachten.

Ihre Rechte können Sie geltend machen unter der oben genannten Telefonnummer oder E-Mail-Adresse oder beim Datenschutzbeauftragten:

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
Datenschutzbeauftragter (DATS K)
Scheidtweilerstraße 4
50933 Köln
oder datenschutz@dkv.com

Gilt nur bei einer Gruppenversicherung

Einwilligung zum Bestandsabgleich

Mir ist bekannt, dass die DKV und der Versicherungsnehmer bei Beitritt zur Gruppenversicherung einen Bestandsabgleich durchführen. Dieser Bestandsabgleich erfolgt auch nach Vertragsschluss regelmäßig einmal im Jahr. Hierdurch wird festgestellt, ob ich (weiterhin) in der abgeschlossenen Gruppenversicherung versicherungsfähig bin. Ich willige ein, dass die DKV jährlich meine hierzu erforderlichen personenbezogenen Daten an den Versicherungsnehmer übermittelt. Das sind:

- Name
- Adresse und
- Geburtsdatum.

Gleichzeitig willige ich ein, dass der Versicherungsnehmer diese Daten für den Bestandsabgleich nutzt und speichert. Das Ergebnis übermittelt er an die DKV.

Ich weiß, dass die Abgabe dieser Einwilligung freiwillig ist. Ich kann die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der DKV widerrufen. Gebe ich die Einwilligung nicht ab, kann ich an der Gruppenversicherung nicht teilnehmen. Falls ich die Einwilligung widerrufe, kann der Vertrag in der Gruppenversicherung nicht fortgeführt werden.

Gilt nur für Kooperationen mit Krankenkassen

Die DKV unterhält Kooperationen mit verschiedenen Krankenkassen. Wenn zwischen meiner Krankenkasse und der DKV eine solche Kooperation besteht, kann mein Vertrag im Rahmen dieser Kooperation zustande kommen. Für diesen Fall gebe ich die folgenden Erklärungen ab:

Zusatzerklärung

Ich willige ein: Die DKV ist berechtigt, meiner gesetzlichen Krankenversicherung Angaben aus meinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten weiterzugeben.

Diese Angaben können Art und Umfang, Wechsel und Ende meines Versicherungstarifs betreffen. Meine gesetzliche Krankenversicherung darf diese Angaben speichern und nutzen. Zusätzlich willige ich in Folgendes ein: **Meine gesetzliche Krankenversicherung darf der DKV regelmäßig Auskunft über das Bestehen bzw. das Ende meiner Krankenversicherung geben.**

Sonderkonditionen

Wartezeiten

Die in den AVB vorgesehenen Wartezeiten entfallen. Dies gilt nicht für Tarife, die ohne Gesundheitsfragen abgeschlossen werden können (Ausnahme: KombiMed Tarif KSHR).

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht (KombiMed Tarife KTAG, KTN2)

Die Tarife KTAG und KTN2 sehen in den AVB ein ordentliches Kündigungsrecht vor.

Wir verzichten hierauf.

Entfall der Sonderkonditionen

Die genannten Sonderkonditionen und der Beitragsnachlass entfallen, wenn

- die Mitgliedschaft / Versicherung in der Krankenkasse, mit der die DKV gemäß § 194 Sozialgesetzbuch V bzw. § 47 Sozialgesetzbuch XI kooperiert, oder
- diese Kooperationsvereinbarung endet.

Einwilligung zur Datenübermittlung an die DKV

Mir ist bekannt, dass Grundlage dieses Vertrags eine Kooperation der DKV mit meiner Krankenkasse ist. Im Rahmen dieser Kooperation können die DKV und meine Krankenkasse einen besonderen Service für die Leistungsabwicklung anbieten:

Meine Krankenkasse kann Rechnungen sowie Heil- und Kostenpläne von Leistungserbringern, die sie nicht oder nur teilweise übernimmt, direkt an die DKV weiterleiten. Eine Erstattung dieser Kosten kommt nämlich grundsätzlich aus der bei der DKV für mich bestehenden privaten Ergänzungsversicherung infrage. Für mich hat dies mehrere Vorteile: Ich muss die Rechnungen sowie Heil- und Kostenpläne nicht selbst an die DKV senden. Ich spare dadurch Zeit und Kosten. Außerdem wird die Erstattung beschleunigt.

Wenn die Kooperation der DKV mit meiner Krankenkasse diesen besonderen Service vorsieht oder dieser Service später eingeführt wird, möchte ich an diesem Angebot teilnehmen. Meine Krankenkasse darf die genannten Rechnungen sowie Heil- und Kostenpläne direkt an die DKV weiterleiten. Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse zusammen mit jeder Rechnung / jedem Heil- und Kostenplan folgende Daten: Name, Adresse, Geburtsdatum und – falls vorhanden – Krankenversicherungsnummer an die DKV übermittelt.

Auch willige ich darin ein, dass die DKV die von meiner Krankenkasse erhaltenen Rechnungen und Daten erhebt, verarbeitet und nutzt. Dies gilt, soweit dies zur Durchführung meiner privaten Ergänzungsversicherung erforderlich ist. Ich bin darüber informiert, dass die Abgabe dieser Einwilligung freiwillig ist. An dem Angebot kann ich jedoch nur dann teilnehmen, wenn ich diese Erklärung abgebe. Ich bin weiterhin darüber informiert, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Den Widerruf kann ich an die DKV oder meine Krankenkasse senden.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung²

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag / diese Beitrittserklärung und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die DKV daher Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung. Darüber hinaus benötigt die DKV Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die DKV Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um

Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. die ERGO Group AG, weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung / Prüfung der Beitrittserklärung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrags in der DKV unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrags in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die DKV selbst (unter 1.)
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.)
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der DKV (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die DKV

Ich willige ein, dass die DKV die von mir in diesem Antrag / dieser Beitrittserklärung und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung / Prüfung der Beitrittserklärung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die DKV die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die DKV wird im Einzelfall Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen einholen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der DKV

Die DKV verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die DKV benötigt Ihre

Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die DKV meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die DKV zurück übermittelt werden.

Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die DKV tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die DKV führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung der ERGO Group AG oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die DKV Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und, soweit erforderlich, für die anderen Stellen.

Die DKV führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die DKV erheben, verarbeiten oder nutzen, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.dkv.com eingesehen oder bei service@dkv.com angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die DKV Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die DKV meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die DKV dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ERGO Group AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die DKV Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die

Rückversicherung ein eigenes Bild von dem Risiko oder dem Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die DKV Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die DKV aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die DKV das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die DKV unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden.

Soweit erforderlich, entbinde ich die für die DKV tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die DKV gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die DKV meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die DKV Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die DKV speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der DKV bis zum Ende des dritten Kalenderjahrs nach dem Jahr der Antragstellung / Abgabe der Beitrittserklärung gespeichert.

Ich willige ein, dass die DKV meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahrs der Antragstellung / Abgabe der Beitrittserklärung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

²Der Text der Einwilligungs- / Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Aachener Straße 300, 50933 Köln

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Markus Rieß

Vorstand: Dr. Clemens Muth (Vorsitzender),

Dr. Dr. Michael Fauser, Dr. Christoph Jurecka,

Dr. Sebastian Rapsch

Sitz: Köln, Handelsregister: Amtsgericht Köln

HRB 570, USt-ID DE123489120

Internet:

www.dkv.com

Unternehmen, die in gemeinsamen Datenbanken ihre Stammdaten verarbeiten und die gemeinsame Datenverarbeitungsverfahren nutzen

DKV Deutsche Krankenversicherung AG ERGO Direkt Krankenversicherung AG ERGO Direkt Lebensversicherung AG	ERGO Direkt Versicherung AG ERGO Lebensversicherung AG ERGO Pensionsfonds AG	ERGO Pensionskasse AG ERGO Versicherung AG	ERGO VORSORGE Lebensversicherung AG Victoria Lebensversicherung AG
--	--	---	---

Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Alle Konzerngesellschaften	ERGO Beratung und Vertrieb AG	Vertrieb und Vermittlung von Versicherungen und anderen Finanzdienstleistungen
	ERGO Group AG	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses (z. B. Bearbeitung eines Antrags, zur Beurteilung des zu versichernden Risikos, Verwaltung von Versicherungsverträgen, zur Prüfung einer Leistungspflicht, In- und Outbound-Telefonie)
	ITERGO Informationstechnologie GmbH	IT-Dienstleister
DKV Deutsche Krankenversicherung AG	almeda GmbH	Kundenservice über verschiedene Kommunikationskanäle / Outboundtelefonie
	Medicomp GmbH	Übermittlung von Hilfsmittelaufträgen an Leistungserbringer über zentrales Medium der Medicomp GmbH
	PAV Card GmbH	Erstellen von Versichertenkarten
ERGO Versicherung AG	D.A.S. Rechtsschutz Leistungs-GmbH	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Durchführung eines Versicherungsverhältnisses (zur Prüfung einer Leistungspflicht)
	KA Köln.Assekuranz Agentur GmbH	Vermittlung, Antrags- und Leistungsbearbeitung, Vertragsverwaltung
	Legal Net GmbH	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Durchführung eines Versicherungsverhältnisses (zur Prüfung einer Leistungspflicht)
	LEGIAL AG	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Durchführung eines Versicherungsverhältnisses (zur Prüfung einer Leistungspflicht)
ERGO Lebensversicherung AG ERGO Pensionsfonds AG Victoria Lebensversicherung AG	ERGO VORSORGE Lebensversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung Vertragsverwaltung
ERGO Lebensversicherung AG ERGO Pensionsfonds AG ERGO Pensionskasse AG ERGO VORSORGE Lebensversicherung AG Victoria Lebensversicherung AG	Longial GmbH	Verwaltung von Versorgungsverträgen
ERGO VORSORGE Lebensversicherung AG	Augsburger Aktienbank AG	Übertragung Fondsanteile
	ERGO Lebensversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung
	ERGO Life S. A.	Verwaltung von Verträge

Kategorien von Dienstleistern, bei denen die Datenverarbeitung von personenbezogenen Daten kein Hauptgegenstand des Auftrags ist, und Auftragnehmer, die nur gelegentlich tätig werden

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleistungskategorie	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Alle Konzerngesellschaften	Adressermittler	Adressprüfung
	Call-Center	In- und Outbound-Telefonie
	IT- und Telekommunikationsdienstleister (T-Systems u.a.)	IT-, Netzwerk- und Telefoniebetreiber
	Telefonstudios (FWS, TNS u.a.)	Kundenzufriedenheitsbefragungen
	Assisteure (ALLYSCA, Actineo, GDV u.a.)	Assistanceleistungen
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung
	Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen
	Kooperationspartner im Bereich Reparatur	Unterstützung bei der Schadenregulierung durch Reparaturen
	Lettershops/Druckereien	Druck und Versand von Postsendungen
	IT-Wartungsdienstleister	Wartung von Systemen/Anwendungen
	Inkassounternehmen, Rechtsanwaltskanzleien	Forderungseinzug und Prozessführung
	Entsorger	Vernichtung von vertraulichen Unterlagen auf Papier und elektronischen Datenträgern
	Dokumenten-Management	Aufbereiten, Sortieren und Scannen von Eingangspost
	Archivierung	Archivierung von Akten
	Cloud Dienstleister	hosten von Servern / Web-Diensten
	Rückversicherer (Munich Re u.a.)	Risikoprüfung bei besonders hohen Risiken und bei Altersversorgung
	Sachverständige	Unterstützung bei der Schadensregulierung