

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

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

- Ihrem Antrag,
- dem Versicherungsschein und ggf. weiteren schriftlichen Vereinbarungen,
- den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

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

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Zahn-Zusatzversicherung für gesetzlich Krankenversicherte.



Was ist versichert?

- ✓ Versichert sind medizinisch notwendige Zahnersatzmaßnahmen, wenn für diese ein von der Gesetzlichen Krankenversicherung anerkannter Leistungsanspruch besteht.
- ✓ Sie erhalten eine Leistung in gleicher Höhe wie den von der Gesetzlichen Krankenversicherung erstatteten Betrag für Zahnersatzmaßnahmen. Zahnersatz sind Kronen, Brücken, Prothesen und implantatgetragener Zahnersatz.
- ✓ Maximal erhalten Sie zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Versicherer 100 Prozent der erstattungsfähigen Kosten.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Mehr als 6 Monate vor Versicherungsbeginn bereits begonnene oder vor Versicherungsbeginn bereits beendete Behandlungen. Eine Zahnersatzmaßnahme beginnt mit der Erstellung des Heil- und Kostenplans oder mit der Reparatur von Zahnersatz und endet mit der Eingliederung des Zahnersatzes in den Kiefer oder mit dem Abschluss der Reparatur.
- ✗ Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.
- ✗ Zahnerhaltleistungen, Vorsorge- und Prophylaxemaßnahmen und kieferorthopädische Leistungen.
- ✗ Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Zahnersatzmaßnahmen, für die Leistungen vereinbart sind, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen. In diesem Fall wird unsere Leistung auf den angemessenen Betrag herabgesetzt.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Leistungen für Heilbehandlungen im Ausland sind nur insoweit erstattungsfähige Aufwendungen, als die in Rechnung gestellten Beträge entsprechend der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden können und im Rahmen des dort festgesetzten Gebührenrahmens liegen.



Welche Verpflichtungen habe ich?

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



Wann und wie zahle ich?

Die vereinbarten Beiträge sind ab Vertragsbeginn zu bezahlen. Der erste Beitrag ist sofort nach Abschluss des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn. Alle weiteren Beiträge sind, je nach Zahlungsweise, zu Beginn des vereinbarten Beitragszeitraums fällig.

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



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

Wann der Versicherungsschutz beginnt, entnehmen Sie Ihrem Versicherungsschein. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Beitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben.

Wir erbringen die Leistungen auch, wenn bei einer versicherten Person medizinisch notwendige Zahnersatzmaßnahmen innerhalb dieses Zeitraumes von sechs Monaten vor dem Versicherungsbeginn begonnen und nach dem Versicherungsbeginn beendet wurden. Die Zahnersatzmaßnahme kann auch vor Beginn des erweiterten Versicherungsschutzes angeraten, darf aber noch nicht begonnen worden sein.

Die Versicherungsdauer ist unbefristet, sofern der Vertrag nicht gekündigt wird.

Der Versicherungsschutz endet für die versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung endet.

Mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses endet der Versicherungsschutz auch für Versicherungsfälle, die zu diesem Zeitpunkt noch andauern (schwebende Versicherungsfälle).



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Die Mindestvertragsdauer beträgt 24 Monate. Sie können den Versicherungsschutz nach Ablauf der Mindestvertragsdauer ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen. Diese wird nur und erst dann wirksam, wenn uns Ihre Erklärung in Textform zugeht. Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis einer mitversicherten Person, wird die Kündigung nur und erst dann wirksam, wenn die versicherte Person Kenntnis von der Kündigungserklärung erlangt hat.

Kundeninformation

für Ihre Krankenversicherung nach Tarif ZEZ (nach § 1 VVG-InfoV)

- | | |
|--|--|
| 1 Wer ist Ihr Vertragspartner? | 8 Können Sie Ihren Antrag widerrufen? |
| 2 Welche Leistungen erhalten Sie aus Ihrem Vertrag? | 9 Wie lange läuft Ihr Vertrag? |
| 3 Welche Beiträge sind zu zahlen? | 10 Können Sie Ihren Vertrag vorzeitig beenden? |
| 4 Welche Nebenkosten fallen zusätzlich zum Beitrag an? | 11 Welches Recht und welche Sprache finden Anwendung? |
| 5 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? | 12 Wo können Sie sich beschweren bzw. eine außergerichtliche Streitschlichtung beanspruchen? |
| 6 Wie lange gilt unser Vertragsangebot? | |
| 7 Wie kommt Ihr Vertrag zustande? Ab wann sind Sie versichert? | |

Für den Vertrag gelten:

- Bedingungen für die Zahnersatz-Versicherung – Vertragsgrundlage Tarif ZEZ (Stand 06/2019)

1 Wer ist Ihr Vertragspartner?

ERGO Krankenversicherung AG,
Karl-Martell-Str. 60, 90344 Nürnberg,
gesetzlich vertreten durch den Vorstand:
Dr. Sebastian Rapsch (Vorsitzender), Ursula Clara Deschka.
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Anja Berner.
Sitz der Gesellschaft: Fürth, eingetragen beim Amtsgericht Fürth unter der Handelsregisternummer HRB 4694.
Unsere Hauptgeschäftstätigkeit ist das Betreiben von Krankenzusatzversicherungen.

2 Welche Leistungen erhalten Sie aus Ihrem Vertrag?

Tarif ZEZ: Wir erbringen Leistungen nach diesem Tarif, wenn bei einer versicherten Person bei bestehendem Versicherungs-Schutz medizinisch notwendige Zahnersatz-Maßnahmen durchgeführt wurden. Wir erbringen die Leistungen auch, wenn bei einer versicherten Person medizinisch notwendige Zahnersatz-Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten vor dem Versicherungs-Beginn begonnen und nach dem Versicherungs-Beginn beendet wurden (**erweiterter Versicherungs-Schutz**). Dies gilt, sofern für diese Maßnahmen ein von der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannter Leistungs-Anspruch besteht. Zusammen mit der Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie den Erstattungen Dritter erhalten Sie maximal die erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt. Wir erstatten bei Eintritt des Versicherungs-Falls eine Leistung in gleicher Höhe wie den von der gesetzlichen Krankenversicherung erstatteten Betrag für Zahnersatz-Maßnahmen bzw. implantatgetragenen Zahnersatz.

Umfassende Angaben können Sie Ihren Bedingungen für die Zahnersatz-Versicherung nach Tarif ZEZ entnehmen.

3 Welche Beiträge sind zu zahlen?

Der zu zahlende Beitrag für Sven Hennig beträgt im **Tarif ZEZ** 33,90 Euro.
Die Beiträge sind monatlich zu zahlen.
Die auf den erweiterten Versicherungsschutz (Rückwärtsversicherung) entfallenden Beiträge sind bereits in den von Ihnen zu zahlenden Beiträgen enthalten und werden nicht gesondert in Rechnung gestellt.

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

4 Welche Nebenkosten fallen zusätzlich zum Beitrag an?

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

5 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Die Beiträge sind ab Vertragsbeginn zu zahlen. Der erste Beitrag (**Erstbeitrag**) wird sofort mit Zustandekommen des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem 01.10.2019. Alle weiteren Beiträge (**Folgebeiträge**) sind jeweils zu Beginn der monatlichen Zahlungsperiode zu zahlen.

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

6 Wie lange gilt unser Vertragsangebot?

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

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

Ihr Vertrag kommt sofort über Internet zustande. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem 01.10.2019. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrags.

8 Können Sie Ihren Antrag widerrufen?

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 60 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Absatz 1 Satz

l des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

ERGO Krankenversicherung AG
Karl-Martell-Str. 60
90344 Nürnberg
Telefax: 0800 / 701 1111
E-Mail: kundenservice.kranken@ergo.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um den anteiligen sich aus den Vertragsunterlagen ergebenden Betrag. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

Über die gesetzliche Verpflichtung hinaus, erstatten wir im Falle des wirksamen Widerrufs stets gezahlte Beiträge nicht nur anteilig, sondern vollständig. Dies gilt nicht, wenn wir bereits länger als drei Monate Versicherungsschutz gewährt oder bereits Leistungen erbracht haben.

9 Wie lange läuft Ihr Vertrag?

Der Vertrag ist unbefristet. Das Versicherungsverhältnis endet bei ungekündigtem Fortbestand spätestens mit Ihrem Ableben. Sie können Ihren Vertrag insgesamt oder für einzelne versicherte Personen kündigen, **frühestens jedoch zum Ende des 24. Monats nach Versicherungs-Beginn**. Versicherte Personen sind bei Kündigung ihres Versicherungsverhältnisses durch Sie oder bei Ihrem Tod berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungs-Nehmers zu erklären. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis. Mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses endet der Versicherungsschutz auch für Versicherungs-Fälle, die zu diesem Zeitpunkt noch andauern (schwebende Versicherungs-Fälle).

10 Können Sie Ihren Vertrag vorzeitig beenden?

Vollendet eine versicherte Person das 21. Lebensjahr, mit der Folge, dass ein höherer Beitrag dieser Altersgruppe zu zahlen ist, können Sie das Versicherungsverhältnis, unabhängig von der bestehenden Mindestvertragsdauer, hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten rückwirkend zum Zeitpunkt der Beitragsänderung kündigen.

Werden die Beiträge entsprechend der gesetzlichen Vorgaben erhöht oder wird die Leistung vermindert, können Sie das Versicherungsverhältnis, unabhängig von der bestehenden Mindestvertragsdauer, für die betroffene versicherte Person innerhalb von zwei Monaten ab Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

11 Welches Recht und welche Sprache finden Anwendung?

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

12 Wo können Sie sich beschweren bzw. eine außergerichtliche Streitschlichtung beanspruchen?

Wir sind Mitglied im Verband Private Krankenversicherung e.V. Dort besteht eine unabhängige und für Sie, als Verbraucher, kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Bei Schwierigkeiten aus dem Vertrag bzw. aus der Vermittlung oder Anbahnung Ihres Vertrags können Sie sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden. Sowohl Sie, als auch die versicherte Person können eine Beschwerde einreichen. Die Kontaktdaten lauten: Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de, Tel. Nr.: 0800 2550444, Fax-Nr.: 030 20458931.

Wenn Sie als Verbraucher diesen Vertrag auf elektronischem Weg (z.B. über eine Website oder per E-Mail) geschlossen haben, können Sie sich bei Beschwerden auch online an die Plattform zur Online-Streitbeilegung wenden. Der Link lautet: ec.europa.eu/consumers/odr.

Unabhängig davon, ob Sie sich an eine außergerichtliche Schlichtungsstelle wenden, steht Ihnen der Weg zu den ordentlichen Gerichten frei.

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

Bei Schwierigkeiten aus dem Vertrag bzw. aus der Vermittlung oder Anbahnung Ihres Vertrags können Sie sich auch dort beschweren.

Bedingungen für die Zahnersatz-Versicherung Vertrags-Grundlage Tarif ZEZ

Versicherte Risiken und Leistungen im Versicherungs-Fall

- 1 Welche Leistungen erbringen wir und wann beginnt der Versicherungs-Schutz?
- 2 Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungs-Falls zu beachten und welche Folgen hat die Verletzung dieser Obliegenheiten?
- 3 An wen und wann erbringen wir die Leistung?

Beitrag und Vertrags-Laufzeit

- 4 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
- 5 Wann kann der Vertrag gekündigt werden bzw. wann endet der Vertrag?

Versicherte Risiken und Leistungen im Versicherungs-Fall

1 Welche Leistungen erbringen wir und wann beginnt der Versicherungs-Schutz?

- 1.1 Wir erbringen Leistungen nach diesem Tarif, wenn bei einer versicherten Person bei bestehendem **Versicherungs-Schutz** medizinisch notwendige Zahnersatz-Maßnahmen durchgeführt wurden. Dies gilt, sofern für diese Zahnersatz-Maßnahmen ein von der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannter Leistungs-Anspruch besteht (Versicherungs-Fall). Als Zahnersatz gelten Kronen, Brücken, Prothesen und implantatgetragener Zahnersatz, die jeweilige Reparatur sowie die jeweils notwendigen zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien. Die Zahnersatz-Maßnahme kann auch vor Beginn des Versicherungs-Schutzes angeraten worden sein. Versicherungs-Schutz besteht ab dem im Versicherungs-Schein bezeichneten Zeitpunkt (**Versicherungs-Beginn**).

Zudem enthält der Tarif einen **erweiterten Versicherungs-Schutz**. Dieser beginnt sechs Monate vor dem im Versicherungs-Schein bezeichneten Versicherungs-Beginn (Rückwärts-Versicherung). Wir erbringen die Leistungen daher auch, wenn bei einer versicherten Person medizinisch notwendige Zahnersatz-Maßnahmen innerhalb dieses Zeitraumes von sechs Monaten vor dem Versicherungs-Beginn begonnen und nach dem Versicherungs-Beginn beendet wurden. Die Zahnersatz-Maßnahme kann auch vor Beginn des erweiterten Versicherungs-Schutzes angeraten, darf aber noch nicht begonnen worden sein.

Eine Zahnersatz-Maßnahme beginnt mit der Erstellung des Heil- und Kostenplans oder mit der Reparatur von Zahnersatz und endet mit der Eingliederung des Zahnersatzes in den Kiefer oder mit dem Abschluss der Reparatur.

Weitere Regelungen

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

Versicherungsfähig und versicherbar sind nur Personen, die bei einer gesetzlichen Krankenversicherung (Vorleistungs-Versicherung) versichert sind und in diesem Tarif bisher noch nicht versichert wurden.

Bei Eintritt des Versicherungs-Falls erhalten Sie eine Leistung in gleicher Höhe des von der gesetzlichen Krankenversicherung erstatteten Betrags für Zahnersatz-Maßnahmen. Wir zahlen jedoch nicht mehr als die noch verbleibende Differenz zu den erstattungsfähigen Aufwendungen. **Das heißt, zusammen mit der Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie den Erstattungen Dritter, erhalten Sie maximal die erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.** Die Aufwendungen für erbrachte Leistungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen liegen und für die Versicherungs-Schutz besteht.

Die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Zahnärzten und Ärzten steht frei.

1.2 Kein Versicherungs-Schutz besteht für:

- Zahnersatz-Maßnahmen, die bereits vor Beginn des erweiterten Versicherungs-Schutzes begonnen wurden,
- Zahnersatz-Maßnahmen, die vor dem Versicherungs-Beginn beendet wurden,
- die Teile einer Liquidation, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) nicht entsprechen oder die dort festgesetzten Höchstsätze überschreiten,
- zahnärztliche bzw. ärztliche Maßnahmen oder zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, für die Leistungen vereinbart sind, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen. In diesen Fällen

können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen,

- Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen,
- über die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) hinausgehende vereinbarte Abrechnungen,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- auf Vorsatz beruhende Versicherungs-Fälle einschließlich deren Folgen.

1.3 Der Versicherungs-Schutz gilt weltweit.

In Rechnung gestellte Leistungen für Heilbehandlungen im Ausland sind nur insoweit erstattungsfähige Aufwendungen, als die in Rechnung gestellten Beträge entsprechend der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden können und im Rahmen der dort festgesetzten Höchstsätze bzw. des dort festgesetzten Gebührenrahmens liegen. Die in ausländischer Währung tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro umgerechnet.

Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn es wird durch Bankbeleg nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

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

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

- 2.1 Werden Leistungen aus dem Tarif geltend gemacht, sind sämtliche Belege (z. B. Heil- und Kostenplan, Zahnarztrechnung, Material- und Laborkostenrechnung etc.) im Original mit Erstattungsvermerk der gesetzlichen Kranken-Versicherung einzureichen. Diese müssen den Vor- und Nachnamen der behandelten Person tragen. Die Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen müssen spezifiziert sein. Nachweise von Kosten für zahntechnische Leistungen sind ebenfalls einzureichen. Die vorgelegten Nachweise werden unser Eigentum.
- 2.2 Sie und die versicherte Person haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungs-Falls, unserer Leistungs-Pflicht oder des Leistungs-Umfangs erforderlich ist. Auf unser Verlangen hat die versicherte Person die behandelnden Zahnärzte bzw. Ärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und

sich durch einen von uns beauftragten Zahnarzt bzw. Arzt untersuchen zu lassen.

- 2.3 Besteht ein Erstattungsanspruch gegen Dritte, so sind die Leistungen des Dritten in Anspruch zu nehmen und die Zweitschriften der Rechnungen mit Erstattungsvermerk einzureichen.
- 2.4 Haben Sie oder eine versicherte Person Schadensersatz-Ansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unabhängig eines gesetzlichen Forderungsübergangs, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe der von uns erbrachten Leistung an uns abzutreten. Ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht darf ohne unsere Zustimmung nicht aufgegeben werden. Richtet sich Ihr Ersatz-Anspruch gegen eine Person, mit der Sie bei Eintritt des Versicherungs-Falls in häuslicher Gemeinschaft leben, können wir den Übergang des Ersatz-Anspruchs nicht geltend machen, es sei denn diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.
- 2.5 Die versicherte Person hat nach Möglichkeit alles für ihre Genesung zu tun und Handlungen zu unterlassen, die dieser hinderlich sind.
- 2.6 Die Kosten, die Ihnen durch die Ermittlung und Feststellung der von uns zu erbringenden Leistungen entstehen, erstatten wir Ihnen insoweit als Ihre Aufwendungen den Umständen nach geboten waren. Diese Kosten erstatten wir Ihnen vollständig und unabhängig von den erstattungsfähigen Aufwendungen. Kosten für die Zuziehung eines Sachverständigen oder eines Beistands erstatten wir Ihnen nur dann, wenn wir Sie hierzu aufgefordert haben.
- 2.7 Wird eine dieser bei und nach Eintritt des Versicherungs-Falls bestehenden Obliegenheiten verletzt, können sich erhebliche rechtliche Nachteile ergeben. Dabei gilt:
Wird eine der genannten Obliegenheiten, die bei oder nach dem Eintritt eines Versicherungs-Falls zu erfüllen ist, vorsätzlich verletzt, geht der Leistungs-Anspruch verloren. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Kürzung kann bis zur vollständigen Leistungs-Freiheit führen. Wird uns nachgewiesen, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Leistungs-Anspruch bestehen.
Der Leistungs-Anspruch bleibt auch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungs-Falls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungs-Pflicht ursächlich war oder wir Sie nicht durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.
Bei arglistiger Verletzung einer Obliegenheit geht der Leistungs-Anspruch auch dann verloren, wenn die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungs-Falls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungs-Pflicht ursächlich war. Die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person werden Ihnen zugerechnet.

3 An wen und wann erbringen wir die Leistung?

- 3.1 Leistungen können nur Sie als Versicherungs-Nehmer verlangen, es sei denn, Sie haben uns gegenüber in Textform die versicherte Person als Empfangsberechtigten benannt. Haben Sie uns gegenüber die versicherte Person als Empfangsberechtigten benannt, kann ausschließlich die versicherte Person die Leistung verlangen. Die Benennung kann widerruflich oder unwiderruflich erfolgen. Eine Abtretung oder Verpfändung von Leistungs-Ansprüchen ist nur und erst mit unserer ausdrücklichen Zustimmung wirksam.
- 3.2 Die Leistungen überweisen wir kostenfrei auf ein uns zu nennendes Konto. Bei Überweisungen in das Ausland trägt der Zahlungsempfänger das hiermit verbundene Risiko sowie die anfallenden Kosten.
- 3.3 Die Leistungen sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungs-Falls und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen.

Sind diese nicht bis zum Ablauf eines Monats seit Anzeige des Versicherungs-Falls beendet, können Abschlagszahlungen bis zur Höhe der voraussichtlichen Mindestleistung verlangt werden. Bei Berechnung dieser Frist zählt der Zeitraum nicht mit, in dem die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Anspruchstellers nicht beendet werden können. Nach Vorlage aller zur Prüfung der Leistungs-Ansprüche notwendigen Unterlagen erklären wir innerhalb von 10 Tagen, ob und in welchem Umfang wir eine Leistung anerkennen.

Beitrag und Vertrags-Laufzeit

4 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

- 4.1 Die vereinbarten Beiträge sind ab Versicherungs-Beginn zu bezahlen. Der erste Beitrag (**Einlösungsbeitrag**) wird sofort mit Zustandekommen des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungs-Schein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungs-Beginn). Die auf den erweiterten Versicherungs-Schutz (Rückwärts-Versicherung) entfallenden Beiträge sind bereits in den von Ihnen zu zahlenden Beiträgen enthalten und werden nicht gesondert in Rechnung gestellt. Alle weiteren Beiträge (**Folgebeiträge**) sind jeweils zu Beginn der vereinbarten Zahlungsperiode zu entrichten.
- 4.2 Wurden wir zum Beitragseinzug (Lastschriftverfahren) ermächtigt, sind Sie erst und nur dann zur Übermittlung ausstehender und zukünftiger Beiträge verpflichtet, wenn wir Sie in Textform dazu aufgefordert haben. Wir sind dann nicht mehr zum Beitragseinzug verpflichtet. Erfolgt die Beitragszahlung im Lastschriftverfahren, müssen Sie sicherstellen, dass der Beitrag am Fälligkeitstag eingezogen werden kann und einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen wird. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden wiederholt von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform erteilten Zahlungsaufforderung erfolgt.

- 4.3 Wurde uns kein SEPA-Lastschriftmandat erteilt, genügt es für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Die Übermittlung der Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.
- 4.4 Konnte der **Einlösungsbeitrag** von uns nicht rechtzeitig eingezogen werden oder wurde dieser von Ihnen nicht rechtzeitig gezahlt, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 4.5 Konnte ein **Folgebeitrag** von uns nicht rechtzeitig eingezogen werden oder wurde dieser von Ihnen nicht rechtzeitig gezahlt, erhalten Sie von uns eine Mahnung in Textform, in der wir Ihnen eine Frist von mindestens zwei Monaten setzen. Begleichen Sie den Rückstand nicht fristgerecht, können wir den Vertrag kündigen. Tritt der Versicherungs-Fall nach Fristablauf ein und waren Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Beitragszahlung in Verzug, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie im Mahnschreiben umfassend hinweisen. Die Kündigung des Vertrags kann für den Fall der Nichtzahlung der Beiträge bereits im Mahnschreiben erklärt werden.
- 4.6 Nur soweit ein Anspruch von Ihnen gegen uns anerkannt oder rechtskräftig festgestellt ist, können Sie mit diesem gegen unsere Beitragsforderungen aufrechnen.
- 4.7 Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie Ihrem jeweils gültigen Versicherungs-Schein. Er richtet sich grundsätzlich nach dem erreichten Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Das Eintrittsalter ist die Anzahl der bei Versicherungs-Beginn vollendeten Lebensjahre.

Für Personen, die das 21. Lebensjahr vollenden, ist vom Beginn des folgenden Monats an der für 21-Jährige geltende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

- 4.8 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung des tatsächlichen Schadens-Bedarfs gegenüber der technischen Berechnungsgrundlage und der sich daraus errechneten Beiträge sind wir berechtigt, die Beiträge entsprechend den berechtigten Berechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungs-Verhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen überprüft und der Beitragsanpassung zugestimmt hat. Wir vergleichen dazu zumindest jährlich für den Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungs-Leistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für den Tarif eine Abweichung von mehr als 10 Prozent, werden die Beiträge des Tarifs von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, so können die Beiträge von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Die Neufestsetzung

des Beitrags wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe folgt.

5 Wann kann der Vertrag gekündigt werden bzw. wann endet der Vertrag?

- 5.1 **Die Mindestvertrags-Dauer beträgt 24 Monate ab dem Versicherungs-Beginn. Das Versicherungsverhältnis kann insgesamt oder nur für einzelne versicherte Personen ohne Einhaltung einer Frist frühestens zum Ende der Mindestvertrags-Dauer von Ihnen gekündigt werden. Nach Ablauf der Mindestvertrags-Dauer können Sie das Versicherungsverhältnis insgesamt oder nur für einzelne versicherte Personen ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen.** Die Kündigung wird nur und erst dann wirksam, wenn uns Ihre Erklärung in Textform zugeht. Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis einer mitversicherten Person, wird die Kündigung nur und erst dann wirksam, wenn die versicherte Person Kenntnis von der Kündigungserklärung erlangt hat.
- 5.2 **Vollendet eine versicherte Person das 21. Lebensjahr, mit der Folge, dass ein höherer Beitrag dieser Altersgruppe zu zahlen ist, können Sie das Versicherungsverhältnis, unabhängig von der bestehenden Mindestvertrags-Dauer, hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten rückwirkend zum Zeitpunkt der Beitragsänderung kündigen.**
- 5.3 Ihr Vertrag endet spätestens mit Ihrem Ableben.
- 5.4 Versicherte Personen sind bei Kündigung ihres Versicherungsverhältnisses durch Sie oder bei Ihrem Tod berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungs-Nehmers zu erklären. Diese Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten ab dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person Kenntnis von ihrem Recht erlangt, abzugeben. Der Beitrag ist ab Fortsetzung des Vertrags zu leisten.
- 5.5 Auf unser ordentliches Kündigungsrecht verzichten wir. Das Versicherungsverhältnis können wir damit nur außerordentlich kündigen (z. B. bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung). Beschränken wir unsere Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife, können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Zugang unserer Kündigung die Aufhebung des gesamten Vertrags zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird. Wird der Vertrag wegen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung von uns wirksam gekündigt, kann die versicherte Person die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungs-Nehmers erklären; der Beitrag ist ab Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu leisten. Wir informieren die versicherte Person in Textform über die Kündigung des Vertrags und dem Recht zur Fortsetzung ihres Versicherungsverhältnisses. Dieses Recht der versicherten Person endet zwei Monate, nachdem sie davon Kenntnis erlangt hat.
- 5.6 Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

- 5.7 Das Versicherungsverhältnis endet für die versicherte Person zum Ende des Monats in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt. Sie sind verpflichtet, uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.
- 5.8 Mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses endet der Versicherungsschutz auch für Versicherungsfälle, die zu diesem Zeitpunkt noch andauern (schwebende Versicherungsfälle).

Weitere Regelungen

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

- 6.1 Ihre den Vertrag betreffenden Mitteilungen können mündlich erfolgen. Es sei denn etwas anderes
- wird ausdrücklich vereinbart (z.B. Textform),
 - ist gesetzlich vorgeschrieben.
- Die Vertragssprache ist deutsch.
- 6.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift oder eine Namensänderung nicht mitgeteilt, genügt für eine Ihnen gegenüber abzugebende Erklärung die Absendung eines eingeschriebenen Briefs an die letzte uns von Ihnen bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefs als zugegangen.

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

- 7.1 Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Soweit in den Vertragsvereinbarungen (Antrag, Versicherungs-Schein, Bedingungen, Verbraucher-Informationen, etc.) nichts abweichend vereinbart ist, gilt insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz.
- 7.2 Sind Sie der Meinung, dass wir Ihre Leistungen zu Unrecht abgelehnt haben, können Sie unsere Entscheidung bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht überprüfen lassen.
- 7.3 Meinen wir, vertragliche Ansprüche gegen Sie einklagen zu müssen, können wir dies nur bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht tun.
- 7.4 Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder eines Vertrags-Staats des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, können Sie sich ausschließlich an das für unseren Geschäftssitz zuständige Gericht in Deutschland wenden.

8 Können sich Ihre Vertrags-Bedingungen zukünftig ändern?

- 8.1 Sollten einzelne Bestimmungen in den Versicherungs-Bedingungen unwirksam sein, wird dadurch die Geltung der übrigen Regelungen in Versicherungs-Bedingungen und vertraglichen Vereinbarungen nicht berührt.
- 8.2 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Bedingungen den

veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungs-Nehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der Mitteilung der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungs-Nehmer folgt.

- 8.3 Wurde durch eine höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen Verwaltungsakt der Aufsichtsbehörde eine Vertrags-Bestimmung für unwirksam erklärt, können wir eine neue Regelung festlegen. Voraussetzung hierfür ist, dass dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn ohne neue Regelung für eine Vertrags-Partei eine unzumutbare Härte entsteht. Hierbei sind die Interessen der jeweils anderen Vertrags-Partei zu berücksichtigen. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertrags-Ziels die Belange der Versicherungs-Nehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungs-Nehmer mitgeteilt worden sind, Vertrags-Bestandteil.

9 Wann verjähren die Ansprüche?

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren regelmäßig in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Berechtigte Kenntnis von den Umständen, die den Anspruch begründen und über uns als Versicherer erlangt. Die Frist beginnt auch dann zu laufen, wenn der Berechtigte die Unkenntnis grob fahrlässig zu vertreten hat. Die Ansprüche verjähren unabhängig von der Kenntnis des Berechtigten spätestens nach zehn Jahren. Haben Sie einen Anspruch bei uns angemeldet, zählt bei der Fristberechnung der Zeitraum zwischen Anmeldung und Zugang unserer in Textform mitgeteilten Entscheidung bei Ihnen nicht mit, soweit dieser Zeitraum nach Beginn der Verjährung liegt.

10 Wer ist Ihr Ansprechpartner?

Bei Fragen wenden Sie sich bitte direkt an uns als Ihren Vertrags-Partner.

Wir sind Mitglied im Verband Private Krankenversicherung e.V. Dies ist eine unabhängige und für Sie, als Verbraucher, kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Bei Schwierigkeiten aus dem Vertrag bzw. aus der Vermittlung oder Anbahnung Ihres Vertrags können Sie sich daher an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden. Sowohl Sie, als auch die versicherte Person können eine Beschwerde einreichen. Die Kontaktdaten lauten: Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de, Tel. Nr.: 0800 2550444, Fax-Nr.: 030 20458931.

Wenn Sie als Verbraucher diesen Vertrag auf elektronischem Weg (z.B. über eine Website oder per E-Mail) geschlossen haben, können Sie sich bei Beschwerden auch online an die Plattform zur

Online-Streitbeilegung wenden. Der Link lautet: ec.europa.eu/consumers/odr.

Unabhängig davon, ob Sie sich an eine außergerichtliche Schlichtungsstelle wenden, steht Ihnen der Weg zu den ordentlichen Gerichten frei.

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

Bei Schwierigkeiten aus dem Vertrag bzw. aus der Vermittlung oder Anbahnung Ihres Vertrags können Sie sich auch dort beschweren.

Datenschutzhinweise bei Beantragung des Versicherungsvertrages

Hiermit informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Diese und weitere Informationen wie:

- die Dienstleisterliste, der für uns tätigen Unternehmen,
- den Code of Conduct,
- die Unternehmen der ERGO Group AG,
- den Umgang mit Ihren Daten

finden Sie im Internet unter ergo.de/datenschutz.

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich?

ERGO Krankenversicherung AG
Karl-Martell-Str. 60
90344 Nürnberg
Telefon 0800 / 444 1000
Fax 0800 / 701 1111
E-Mail-Adresse beratung@ergo.de

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

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

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

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

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z.B. für die Entwicklung neuer Versicherungsprodukte oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Wir nutzen zudem ausgewählte Daten aller innerhalb der ERGO Gruppe¹ bestehender Verträge für die Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise, um Sie gezielt bei einer Vertragsanpassung oder -ergänzung zu beraten. Sie sind auch die Grundlage für einen umfassenden Kundenservice.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten, z.B. Ihre Gesundheitsdaten, erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

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

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur bedarfsgerechten Werbung für eigene Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der ERGO Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten. Insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.
- zu Analysezwecken auf Kundengruppenebene.

¹ zu finden unter ergo.de/datenschutz

Widerspruchsrecht

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

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

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

An welche Empfänger leiten wir Ihre personenbezogenen Daten weiter?

Rückversicherer:

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

Vermittler:

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

Datenverarbeitung in der ERGO Gruppe:

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

Externe Dienstleister:

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

Weitere Empfänger:

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

Welche anderen Datenquellen nutzen wir?

Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Wir müssen Risiken beurteilen können, Sachverhalte aufklären, Leistungsansprüche prüfen und den Missbrauch von Versicherungen bekämpfen. Dazu nutzen wir ebenso wie die gesamte Versicherungswirtschaft das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH. Mit dem HIS tauschen wir also bestimmte personenbezogene Daten aus.

Frühere Versicherer

Es kommt vor, dass wir mit Ihrem früheren Versicherer erforderliche personenbezogene Daten austauschen. Wenn Sie z.B. bei Abschluss des Versicherungsvertrages Ihren bisherigen

Schadensfreiheitsrabatt in der Kfz-Haftpflichtversicherung mitnehmen möchten. Oder wenn wir z.B. Ihre Angaben in einem Schadens- oder sonstigen Versicherungsfall prüfen oder ergänzen müssen.

Welche Daten tauschen wir aus?

- Name, Vorname
- Adresse
- Geburtsdatum

Müssen wir Gesundheitsdaten abfragen, holen wir stets zuvor Ihre Einwilligung ein.

Datenaustausch mit Ihrem Arbeitgeber

Sofern Ihr Arbeitgeber für Sie als Mitarbeiter eine Gruppenversicherung bei uns abschließt, meldet er Sie zur Versicherung an. Hierbei teilt er uns Ihren Namen, Ihre Adresse, Ihr Geburtsdatum und Ihr Geschlecht mit.

Bonitätsauskünfte

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

Wie übermitteln wir Daten ins außereuropäische Ausland?

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

Sind auch automatisierte Einzelfallentscheidungen möglich?

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

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

Wie lange speichern wir Ihre Daten?

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

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

Welche Rechte haben Sie?

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

Möchten Sie sich über den Umgang mit Ihren Daten beschweren?

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

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)
Promenade 18
91522 Ansbach

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

1. Welche technischen Schritte führen zum Vertragsschluss?

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

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

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

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

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

4. Welche Sprachen stehen zur Verfügung?

Es steht ausschließlich die deutsche Sprache zur Verfügung.

5. Welche Verhaltensregeln gelten für uns?

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

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

Informationen

gemäß § 15 Versicherungsvermittlungsverordnung zum Vermittler:

Vermittler ist die ERGO Direkt AG,
Karl-Martell-Str. 60, 90344 Nürnberg.
Telefon: 0800 / 666 9000,
Fax: 0911 7040 7041,
E-Mail: beratung@ergo.de,
Sitz: Fürth, eingetragen im Handelsregister des Amtsgerichts Fürth unter HRB 17076;
Vorstand: Dr. Sebastian Rapsch (Vorsitzender), Ursula Clara Deschka.

Die ERGO Direkt AG ist als gebundener Versicherungsvertreter der ERGO Krankenversicherung AG mit Erlaubnis nach § 34d Abs. 7 GewO bei der IHK für München und Oberbayern gemeldet und im Vermittlerregister unter der Register-Nr. D-GUZL-9MVR8-34 eingetragen. Das öffentliche Versicherungsvermittlerregister, bei dem die Registrierung überprüft werden kann, wird geführt von der Gemeinsamen Stelle nach § 11a Abs. 1 GewO: Deutscher Industrie- und Handelskammertag (DIHK) e.V., Breite Str. 29, 10178 Berlin, Telefon: 0180 500 585 0 (0,14 EUR/Min. aus dem deutschen Festnetz, höchstens 0,42 EUR/Min. aus Mobilfunknetzen). Ein Registerabruf ist unter www.vermittlerregister.info möglich.

Derzeit Vertretung folgender Versicherungsgesellschaften: ERGO Krankenversicherung AG, ERGO Direkt Versicherung AG, ERGO Versicherung AG, ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG, DKV Deutsche Krankenversicherung AG, ERGO Reiseversicherung AG.

Die ERGO Direkt AG hält keine direkten oder indirekten Beteiligungen an den Stimmrechten oder am Kapital eines Versicherungsunternehmens. Die ERGO Digital Ventures AG hält unmittelbar 100 % des Grundkapitals an der ERGO Krankenversicherung AG, der ERGO Direkt Versicherung AG sowie der ERGO Direkt AG und verfügt unmittelbar über jeweils 100 % der Stimmrechte an diesen Gesellschaften. Die ERGO Group AG hält über die ERGO Digital Ventures AG mittelbar 100 % des Grundkapitals an der ERGO Krankenversicherung AG, der ERGO Direkt Versicherung AG sowie der ERGO Direkt AG und verfügt somit mittelbar über 100 % der Stimmrechte an diesen Gesellschaften. Die ERGO Group AG hält direkt 100 % des Grundkapitals an der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, der ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG sowie der ERGO Reiseversicherung AG und verfügt unmittelbar über jeweils 100 % der Stimmrechte an diesen Gesellschaften.

Bei Streitigkeiten können – je nach betroffener Versicherung – alternativ folgende Schlichtungsstellen angerufen werden:

- Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, Tel. Nr.: 0800 2550444, Fax-Nr.: 030 20458931, www.pkv-ombudsmann.de, sofern es Streitigkeiten im Zusammenhang mit privaten Kranken- oder Pflegeversicherungen geht.
- Der Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin, Tel. Nr.: 0800 3696000, Fax-Nr.: 0800 3699000, E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de, www.versicherungsombudsmann.de, sofern es um Streitigkeiten im Zusammenhang mit anderen privaten Versicherungen (außer privaten Krankenversicherungen, Kreditversicherungen, Rückversicherungen) geht.

Die ERGO Direkt AG bietet Beratung an.

Die der ERGO Direkt AG beim Vertrieb von Versicherungen entstehenden Kosten werden ihr von dem jeweiligen Versicherer, dessen Produkt vertrieben wird, in Höhe des tatsächlichen Aufwands erstattet. Zusätzlich erhält die ERGO Direkt AG von den Versicherern eine vom Erfolg ihrer Vermittlungstätigkeit unabhängige Vergütung, deren Höhe von den Kosten ihrer Vertriebstätigkeiten abhängt. Das heißt für die erfolgreiche Vermittlung Ihres bzw. eines Versicherungsvertrags bekommt die ERGO Direkt AG keine zusätzliche Vergütung. Alle Kostenerstattungs- und Vergütungsansprüche sind bereits in der Versicherungsprämie enthalten und müssen von Ihnen nicht gesondert gezahlt werden.