

## Für meine Unterlagen

ERGO Direkt Versicherung AG  
Karl-Martell-Str. 60  
90344 Nürnberg

### **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 auf eine persönliche Beratung sowie deren Dokumentation. Dies kann sich eventuell auf die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen nachteilig auswirken.

## Zahn-Zusatzversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: ERGO Direkt Krankenversicherung AG,  
Deutschland

# ERGO Direkt

Produkt: ZAHN-ERSATZ oder -PREMIUM  
Tarife ZAB oder ZAB+ZAE

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. Der Tarif ZAB kann einzeln abgeschlossen werden. Der Tarif ZAE kann zusätzlich zum Grundtarif ZAB abgeschlossen werden.



#### Was ist versichert?

- ✓ Versichert sind je nach vereinbarten Tarif medizinisch notwendige Zahnersatzmaßnahmen, die nach Vertragsschluss erstmals angeraten und durchgeführt werden.
- ✓ Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Dritter werden angerechnet.
- ✓ Sie erhalten aus dem Tarif ZAB:
  - bis zu 75 Prozent der erstattungsfähigen Kosten bei Implantaten und Zahnersatz mit privatärztlicher Versorgung.
  - bis zu 100 Prozent der erstattungsfähigen Kosten bei Zahnersatz mit kassenärztlicher Regelversorgung.

Tarif ZAE: Dieser Tarif erhöht, sofern vereinbart, die Leistungen bei privatärztlicher Versorgung von 75 auf 90 Prozent.

- ✓ Zahnersatzmaßnahmen sind Kronen, Brücken, Prothesen, implantatgetragener Zahnersatz und Implantate.
- ✓ Maximal erhalten Sie zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Versicherer 100 Prozent der erstattungsfähigen Kosten.



#### Was ist nicht versichert?

- ✗ Bei Vertragsschluss oder vor Versicherungsbeginn bereits angeratene oder begonnene Behandlungen.
- ✗ Bei Vertragsschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne.
- ✗ Zahnerhaltleistungen, Vorsorge- und Prophylaxemaßnahmen und kieferorthopädische Leistungen.
- ✗ Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.



#### Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Innerhalb der ersten vier Jahre ist die Versicherungsleistung beschränkt. Die maximale Gesamtleistung beträgt je Tarif und je versicherter Person:
  - im ersten Versicherungsjahr höchstens 250 Euro;
  - in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens 500 Euro;
  - in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen höchstens 750 Euro;
  - in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen höchstens 1.000 Euro.
- ! 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. Nicht jedoch 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.

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?

Sie können den Versicherungsschutz 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.

Sie können den Ergänzungstarif ZAE einzeln oder beide Tarife (ZAB + ZAE) zusammen kündigen.

## Zahn-Zusatzversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: ERGO Direkt Krankenversicherung AG,  
Deutschland

# ERGO Direkt

Produkt: ZAHN-ERHALT oder -PREMIUM  
Tarife ZBB oder ZBB + ZBE

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. Der Tarif ZBB kann einzeln abgeschlossen werden. Der Tarif ZBE kann zusätzlich zum Grundtarif ZBB abgeschlossen werden.



#### Was ist versichert?

- ✓ Versichert sind je nach vereinbarten Tarif medizinisch notwendige zahnerhaltende Maßnahmen, die nach Vertragsschluss erstmals angedacht und durchgeführt werden.
- ✓ Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Dritter werden angerechnet.
- ✓ Sie erhalten aus dem Tarif ZBB:
  - bis zu 100 Prozent der erstattungsfähigen Kosten für
    - Einlagefüllungen (Inlays und Onlays),
    - Kunststofffüllungen,
    - Knirscherschienenund die damit verbundenen zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien sowie die damit verbundenen funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen.
  - bis zu 60 Euro der erstattungsfähigen Aufwendungen für zahnmedizinische Individualprophylaxe pro Versicherungsjahr.

Sofern Sie optional den Tarif ZBE vereinbaren, erhalten Sie:

- bis zu 100 Prozent der erstattungsfähigen Kosten für Wurzel- und Parodontosebehandlungen.
- ✓ Zusätzlich erhalten Sie aus dem Tarif ZBE für zahnmedizinische Individualprophylaxe-Maßnahmen jedes Versicherungsjahr den Teil der erstattungsfähigen Kosten, der 60 Euro übersteigt.
- ✓ Maximal erhalten Sie zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Versicherer 100 Prozent der erstattungsfähigen Kosten.



#### Was ist nicht versichert?

- ✗ Bei Vertragsschluss oder vor Versicherungsbeginn bereits angedachte oder begonnene Behandlungen.
- ✗ Bei Vertragsschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne.
- ✗ Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen, Zahnersatzmaßnahmen (z.B. Kronen, Brücken, Prothesen, implantologische Maßnahmen) und kosmetische Zahnbehandlungen (z.B. Verblendschalen und Bleaching).
- ✗ Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.



#### Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Innerhalb der ersten vier Jahre ist die Versicherungsleistung beschränkt. Die maximale Gesamtleistung beträgt je Tarif und je versicherter Person:
  - im ersten Versicherungsjahr höchstens 250 Euro;
  - in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens 500 Euro;
  - in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen höchstens 750 Euro;
  - in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen höchstens 1.000 Euro.
- ! Zahnärztliche bzw. ärztliche Maßnahmen oder zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, 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. Nicht jedoch 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.

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?

Sie können den Versicherungsschutz 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.

Sie können den Ergänzungstarif ZBE einzeln oder beide Tarife (ZBB + ZBE) zusammen kündigen.

# ERGO Direkt

**Neuzugangsbeiträge für die Tarifkombination  
Privatpatient beim Zahnarzt (PPZ)**  
(setzt sich zusammen aus den Tarifen ZAB, ZAE, ZBB und ZBE)

Beiträge Tarif ZAB gültig ab 01.10.2017  
Beiträge Tarif ZAE gültig ab 01.07.2012  
Beiträge der Tarife ZBB und ZBE gültig ab 01.05.2015

Die Monatsbeiträge sind geschlechtsunabhängig

Eintrittsalter *	ZAB	ZAE	ZBB	ZBE	PPZ
0 - 20	1,90 €	1,10 €	3,80 €	1,30 €	8,10 €
21 - 30	6,30 €	2,10 €	7,90 €	4,90 €	21,20 €
31 - 40	12,80 €	5,10 €	7,90 €	4,90 €	30,70 €
41 - 50	19,50 €	6,10 €	7,90 €	4,90 €	38,40 €
ab 51	26,90 €	8,10 €	7,90 €	4,90 €	47,80 €

\*) Das Eintrittsalter ist die Anzahl der bei Vertragsschluss vollendeten Lebensjahre

## Kundeninformation

für Ihre ERGO Direkt Versicherungen nach Tarife ZAB, ZAE, ZBB und ZBE (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 für gesetzlich Krankenversicherte ohne Gesundheitsfragen – Vertragsgrundlage Tarif ZAB (Stand 11/2016)
- Bedingungen für die Zahnersatz-Versicherung für gesetzlich Krankenversicherte ohne Gesundheitsfragen – Vertragsgrundlage Tarif ZAE (Stand 11/2016)
- Bedingungen für die Zahnerhalt-Versicherung für gesetzlich Krankenversicherte ohne Gesundheitsfragen – Vertragsgrundlage Tarif ZBB (Stand 11/2016)
- Bedingungen für die Zahnerhalt-Versicherung für gesetzlich Krankenversicherte ohne Gesundheitsfragen – Vertragsgrundlage Tarif ZBE (Stand 11/2016)

### 1 Wer ist Ihr Vertragspartner?

ERGO Direkt Krankenversicherung AG,  
Karl-Martell-Str. 60, 90344 Nürnberg,  
gesetzlich vertreten durch den Vorstand:  
Dr. Sebastian Rapsch (Vorsitzender), Ursula Clara  
Deschka.

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dr. Clemens Muth.

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

Sie sichern sich

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

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

Umfassende Angaben können Sie Ihren Bedingungen für die Zahnersatz-Versicherung für gesetzlich Krankenversicherte nach Tarif ZAB entnehmen.

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

Mit diesem Tarif erhöhen Sie Ihren Versicherungsschutz für höherwertige Zahnersatz-Maßnahmen gegenüber dem Grundtarif ZAB von 75 Prozent auf 90 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Zahnersatz-Maßnahme einschließlich den Leistungen aus dem zugehörigen Grundtarif, anrechenbarer Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Erstattungen Dritter, sofern Ihre Gesamtabsicherung nach dem Grundtarif insgesamt nicht zu einer höheren Leistung führt.

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

Umfassende Angaben können Sie Ihren Bedingungen für die Zahnersatz-Versicherung für gesetzlich Krankenversicherte nach Tarif ZAE entnehmen.

**Tarif ZBB:** Wir erbringen Leistungen wenn einer versicherten Person bei bestehendem Versicherungsschutz medizinisch notwendige zahnerhaltende Maßnahmen erstmals angeraten und durchgeführt wurden. Zusam-

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

Wir zahlen 100 Prozent der verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für:

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

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

Für zahnmedizinische Individualprophylaxe-Maßnahmen zahlen wir Ihnen die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Betrag von maximal 60,00 Euro pro Versicherungsjahr.

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

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

Umfassende Angaben können Sie Ihren Bedingungen für die Zahnerhalt-Versicherung nach Tarif ZBB entnehmen.

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

Wir zahlen 100 Prozent der verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- Wurzelbehandlungen,
- Parodontosebehandlungen

und die damit verbundenen zahntechnischen Laborarbeiten und Materialkosten.

Für zahnmedizinische Individualprophylaxe-Maßnahmen zahlen wir Ihnen den Betrag der verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen, der 60,00 Euro pro Versicherungsjahr übersteigt.

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

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

Umfassende Angaben können Sie Ihren Bedingungen für die Zahnerhalt-Versicherung nach Tarif ZBE entnehmen.

### 3 Welche Beiträge sind zu zahlen?

Der zu zahlende Beitrag für Mary Jones beträgt im **Tarif ZAB** 12,80 Euro.

Der zu zahlende Beitrag für Mary Jones beträgt im **Tarif ZAE** 5,10 Euro.

Der zu zahlende Beitrag für Mary Jones beträgt im **Tarif ZBB** 7,90 Euro.

Der zu zahlende Beitrag für Mary Jones beträgt im **Tarif ZBE** 4,90 Euro.

Die Beiträge sind monatlich zu zahlen.

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.

Die Kosten, die Ihnen durch die Ermittlung und Feststellung der von uns zu erbringenden Leistungen entstehen, erstatten wir Ihnen insoweit als Ihre Aufwendungen den Umständen nach geboten waren. Diese Kosten erstatten wir Ihnen unabhängig von den Leistungsbegrenzungen. Kosten für die Zuziehung eines Sachverständigen oder eines Beistands erstatten wir Ihnen nur dann, wenn wir Sie hierzu aufgefordert haben.

### 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 01.06.2018. 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 01.06.2018. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrags.

### 8 Können Sie Ihren Antrag widerrufen?

Bei einer Vertragsänderung bezieht sich das Widerrufsrecht nur auf den geänderten Teil des Vertrags. Bei einem wirksamen Widerruf besteht dann der Vertrag mit dem ursprünglichen Inhalt weiter.

#### Widerrufsbelehrung

##### Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 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 1 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 Direkt Krankenversicherung AG**  
**Karl-Martell-Str. 60**  
**90344 Nürnberg**  
**Telefax: 0911 / 148 1539**  
**E-Mail: kundenservice.kranken@ergodirekt.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 zurückzahlender 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.

Endet der Versicherungs-Schutz für den zugehörigen Grundtarif, endet gleichzeitig auch der Versicherungsschutz nach Tarif ZAE und ZBE.

### **10 Können Sie Ihren Vertrag vorzeitig beenden?**

Sie können jeweils zum Monatsende kündigen. Eine Frist ist nicht zu beachten.

Sie können Ihren Vertrag insgesamt oder für einzelne versicherte Personen kündigen. Versicherte Personen sind bei Kündigung ihres Versicherungsverhältnisses durch Sie oder bei Ihrem Tod berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis. Mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses endet der Versicherungsschutz auch für Versicherungsfälle, die zu diesem Zeitpunkt noch andauern (schwebende Versicherungsfälle).

### **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](http://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](http://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- / Zahnerhalt-Versicherung für gesetzlich Krankenversicherte ohne Gesundheitsfragen - Vertragsgrundlagen Tarif ZAB, ZAE, ZBB, ZBE

### Versicherungsfall und Leistungen

- 1 Welche Leistungen erbringen wir und was ist nicht versichert?
- 2 Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls zu beachten und welche Folgen hat die Verletzung dieser Obliegenheiten?
- 3 An wen und wann erbringen wir die Leistung?
- 4 Wann können Sie einen Tarifwechsel verlangen?

### Versicherungs-Schutz und Versicherungsbeitrag

- 5 Wann beginnt der Versicherungs-Schutz?

- 6 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

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

### Weitere Regelungen

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

### Versicherungsfall und Leistungen

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

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

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

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

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

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

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

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

### Zahnersatz-Maßnahmen - Tarife ZAB und ZAE

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

#### Mit dem Tarif ZAB sichern Sie sich:

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

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

- 90 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Zahnersatz-Maßnahme einschließlich den Leistungen aus dem zugehörigen Grundtarif, anrechenbarer Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Erstattungen Dritter, sofern Ihre Gesamtabsicherung nach dem Grundtarif insgesamt nicht zu einer höheren Leistung führt.

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

**Zahnersatz-Maßnahmen sind:**

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

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

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

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

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

**Mit dem Grundtarif ZBB sichern Sie sich**

100 Prozent der verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- Einlagefüllungen (Inlays und Onlays),
- Kunststofffüllungen,
- Knirscherschienen
- und die damit verbundenen zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien sowie die damit verbundenen funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen.

**Mit dem Zusatztarif ZBE sichern Sie sich**

100 Prozent der verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- Wurzelbehandlungen,
- Parodontosebehandlungen
- und die damit verbundenen zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.

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

Für **zahnmedizinische Individualprophylaxe-Maßnahmen** zahlen wir Ihnen aus dem Tarif ZBB die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Betrag von maximal 60,00 Euro pro Versicherungsjahr. Erstattungsfähige Aufwendungen, die den Betrag von 60,00 Euro übersteigen, werden nach dem Tarif ZBE erstattet.

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

- Professionelle Zahnreinigung,
- die Erstellung des Mundhygienestatus, sowie die eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie die Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustands und die Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisungen,
- die Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- die Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- die Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen,
- die Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- die Fissurenversiegelung.

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

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

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

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

Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Beginn des jeweiligen Tarifs. Bei den Zusatztarifen ZAE und ZBE endet das erste Versicherungsjahr mit dem Versicherungsjahr des zugehörigen Grundtarifs. Die Leistungen werden dabei dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung durchgeführt wurde.

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

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet, die eine Zahnerhalt- bzw. Zahnersatz-Maßnahme medizinisch notwendig macht.

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

- zahnärztliche bzw. ärztliche Maßnahmen sowie Zahnersatz-Maßnahmen, oder zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, die das medizinisch notwendige Maß

übersteigen. In diesem Fall wird unsere Leistung auf den angemessenen Betrag herabgesetzt.

Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden erstattet.

- In den Tarifen ZBB und ZBE besteht darüber hinaus kein Versicherungs-Schutz für:
- die Teile einer Liquidation, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte nicht entsprechen oder die dort festgesetzten Höchstsätze überschreiten,
- Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen,
- über die Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte hinausgehende vereinbarte Abrechnungen,
- auf Vorsatz beruhende Versicherungsfälle und Unfälle einschließlich deren Folgen.

- 1.3 Der Versicherungs-Schutz gilt weltweit. Leistungen für Heilbehandlungen im Ausland sind nur insoweit erstattungsfähige Aufwendungen, als die in Rechnung gestellten Beträge entsprechend der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden können und im Rahmen des dort festgesetzten Gebührenrahmens liegen. Die in ausländischer Währung tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro umgerechnet.

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

## 2 Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungsfalles 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 Leistungsfall prüfen können, bestehen folgende Obliegenheiten:

- 2.1 Werden Leistungen aus den Tarifen geltend gemacht, sind in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehene Leistungen sowie Erstattungsansprüche gegen Dritte in Anspruch zu nehmen und sämtliche Belege (z. B. Zahnarztrechnung, Material- und Laborkostenrechnung etc.) im Original mit Erstattungsvermerk der gesetzlichen Krankenversicherung einzureichen. Diese müssen den Vor- und Zunamen der behandelnden 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 Versicherungsfalles, unserer Leistungspflicht oder des Leistungsumfanges erforderlich ist. Auf unser Verlangen hat die versicherte Person die behandelnden Zahnärzte bzw. Ärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und sich durch einen von uns beauftragten Zahnarzt bzw. Arzt untersuchen zu lassen.
- 2.3 Haben Sie oder eine versicherte Person Schadensersatz-Ansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unabhängig eines gesetzlichen Forderungsübergangs, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe der von uns erbrachten Leistung an uns abzutreten. Ein zur Si-

cherung dieses Anspruchs dienendes Recht darf ohne unsere Zustimmung nicht aufgegeben werden.

Richtet sich Ihr Ersatzanspruch gegen eine Person, mit der Sie bei Eintritt des Versicherungsfalles in häuslicher Gemeinschaft leben, können wir den Übergang des Ersatzanspruchs nicht geltend machen, es sei denn diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

- 2.4 Die versicherte Person hat nach Möglichkeit alles für ihre Genesung zu tun und Handlungen zu unterlassen, die dieser hinderlich sind.
- 2.5 Die Kosten, die Ihnen durch die Ermittlung und Feststellung der von uns zu erbringenden Leistungen entstehen, erstatten wir Ihnen insoweit als Ihre Aufwendungen den Umständen nach geboten waren. Diese Kosten erstatten wir Ihnen unabhängig von den Leistungs-Begrenzungen. Kosten für die Zuziehung eines Sachverständigen oder eines Beistands erstatten wir Ihnen nur dann, wenn wir Sie hierzu aufgefordert haben.
- 2.6 Wird eine dieser bei und nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Obliegenheiten verletzt, können sich erhebliche rechtliche Nachteile ergeben. Dabei gilt:

Wird eine der genannten Obliegenheiten, die bei oder nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles zu erfüllen ist, vorsätzlich verletzt, geht der Leistungs-Anspruch für den jeweiligen Tarif verloren. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Kürzung kann bis zur vollständigen Leistungsfreiheit führen. Wird uns nachgewiesen, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Leistungs-Anspruch bestehen.

Der Leistungs-Anspruch bleibt auch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war oder wir Sie nicht durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

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

- 3.1 Leistungen können nur Sie als Versicherungsnehmer verlangen, es sei denn, Sie haben uns gegenüber in Textform die versicherte Person als Empfangsberechtigten benannt. Haben Sie uns gegenüber die versicherte Person als Empfangsberechtigten benannt, kann ausschließlich die versicherte Person die Leistung verlangen. Die Benennung kann widerrufen 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 Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen. Sind diese nicht bis zum Ablauf eines Monats seit Anzeige des Versicherungsfalles 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.

#### 4 Wann können Sie einen Tarifwechsel verlangen?

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

---

### Versicherungs-Schutz und Versicherungsbeitrag

---

#### 5 Wann beginnt der Versicherungs-Schutz?

Der Versicherungs-Schutz besteht, sobald der Vertrag zustande gekommen ist, frühestens jedoch zu dem im Versicherungs-Schein angegebenen Beginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung.

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

6.1 Die Beiträge für vereinbarte Tarife sind jeweils ab Vertrags-Beginn zu bezahlen. Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) wird sofort mit Zustandekommen des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungs-Schein angegebenen Beginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zu Beginn der vereinbarten Zahlungsperiode zu entrichten.

6.2 Wurden wir zum Beitragseinzug (Lastschriftverfahren) ermächtigt, sind Sie erst und nur dann zur Übermittlung ausstehender und zukünftiger Beiträge verpflichtet, wenn wir Sie in Textform dazu aufgefordert haben. Wir sind dann nicht mehr zum Beitragseinzug verpflichtet. Erfolgt die Beitragszahlung im Lastschriftverfahren, müssen Sie sicherstellen, dass der Beitrag am Fälligkeitstag eingezogen werden kann und einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen wird. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden wiederholt von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform erteilten Zahlungsaufforderung erfolgt.

6.3 Wurde uns 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.

6.4 Konnte der Einlösungsbeitrag von uns nicht rechtzeitig eingezogen werden oder wurde dieser von Ihnen nicht rechtzeitig gezahlt, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, besteht kein Anspruch auf die Leistung. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Wurden wir ermächtigt, die Beiträge von einem Konto einzuziehen, besteht auch bei Nichtzahlung des

Erstbeitrags Versicherungs-Schutz, es sei denn, die Bank hätte den Einzug des Beitrags zum Fälligkeitstag mangels Kontodeckung nicht durchgeführt.

6.5 Konnte ein Folgebeitrag von uns nicht rechtzeitig eingezogen werden oder wurde dieser von Ihnen nicht rechtzeitig gezahlt, erhalten Sie von uns eine Mahnung in Textform, in der wir Ihnen eine Frist von mindestens zwei Monaten setzen. Begleichen Sie den Rückstand nicht fristgerecht, können wir den Vertrag kündigen. Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und waren Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Beitragszahlung in Verzug, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie im Mahnschreiben umfassend hinweisen. Die Kündigung des Vertrags kann für den Fall der Nichtzahlung der Beiträge bereits im Mahnschreiben erklärt werden.

6.6 Nur soweit ein Anspruch von Ihnen gegen uns anerkannt oder rechtskräftig festgestellt ist, können Sie mit diesem gegen unsere Beitragsforderungen aufrechnen.

6.7 Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie Ihrem jeweils gültigen Versicherungs-Schein. Er richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person bei Eintritt in den jeweiligen Tarif (Eintrittsalter). Das Eintrittsalter ist die Anzahl der bei Vertrags-Beginn vollendeten Lebensjahre.

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

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

Falls bei den Tarifen ZBB oder ZBE die Beiträge überprüft und angepasst werden so kann auch eine betragsmäßig festgelegte Leistungs-Begrenzung oder in Tarif ZBE eine Selbstbeteiligung entsprechend geändert werden. Die Neufestsetzung des Beitrags, und der Leistungs-Begrenzung oder Selbstbeteiligung wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe folgt.

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

**Jeder im Versicherungs-Vertrag eingeschlossene Tarif, kann jeweils durch Kündigung beendet werden. Das Versicherungs-Verhältnis endet durch Kündigung. Diese wird nur und erst dann wirksam, wenn uns diese in Textform zugeht. Kündigen Sie das Versicherungs-Verhältnis einer mitversicherten Person, wird die Kündigung nur und erst dann wirksam, wenn die versicherte Person Kenntnis von der Kündigungserklärung erlangt hat.**

Sie können den Versicherungs-Schutz insgesamt oder nur für einzelne versicherte Personen ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen.

Erreicht eine versicherte Person ein bestimmtes Lebensalter mit der Folge, dass ein höherer Beitrag einer anderen Altersgruppe zu zahlen ist, können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten rückwirkend zum Zeitpunkt der Beitragsänderung kündigen.

- 7.1 Ihr Vertrag endet spätestens mit Ihrem Ableben.
- 7.2 Versicherte Personen sind bei Kündigung ihres Versicherungsverhältnisses durch Sie oder bei Ihrem Tod berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären. Diese Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten ab dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person Kenntnis von ihrem Recht erlangt, abzugeben. Der Beitrag ist ab Fortsetzung des Vertrags zu leisten.
- 7.3 Auf unser ordentliches Kündigungsrecht verzichten wir. Das Versicherungsverhältnis können wir damit nur außerordentlich kündigen (z. B. bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung). Beschränken wir unsere Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife, können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Zugang unserer Kündigung die Aufhebung des gesamten Vertrags zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird. Wird der Vertrag wegen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung von uns wirksam gekündigt, kann die versicherte Person die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers erklären; der Beitrag ist ab Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu leisten. Wir informieren die versicherte Person in Textform über die Kündigung des Vertrags und dem Recht zur Fortsetzung ihres Versicherungsverhältnisses. Dieses Recht der versicherten Person endet zwei Monate, nachdem sie davon Kenntnis erlangt hat.
- 7.4 Endet der Versicherungs-Schutz für den zugehörigen Grundtarif, endet dieser gleichzeitig auch für den Zusatztarif. Für den Zusatztarif ZAE ist der zugehörige Grundtarif der ZAB. Für den Zusatztarif ZBE ist der zugehörige Grundtarif der ZBB.
- 7.5 Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- 7.6 Das Versicherungsverhältnis endet für die versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt. Sie sind verpflichtet, uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.
- 7.7 Mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses endet der Versicherungs-Schutz auch für Versicherungsfälle, die zu diesem Zeitpunkt noch andauern (schwebende Versicherungsfälle).

## Weitere Regelungen

- 8 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf den Vertrag beziehen?**
- 8.1 Ihre den Vertrag betreffenden Mitteilungen können mündlich erfolgen. Es sei denn etwas anderes
- wird ausdrücklich vereinbart (z.B. Textform),
  - ist gesetzlich vorgeschrieben.
- Die Vertrags-Sprache ist deutsch.
- 8.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift oder eine Namensänderung nicht mitgeteilt, genügt für eine Ihnen gegenüber abzugebende Erklärung die Absendung eines eingeschriebenen Briefs an die letzte uns von Ihnen bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der

Absendung des Briefs als zugegangen.

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

- 9.1 Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz, soweit nichts abweichend vereinbart ist.
- 9.2 Sind Sie der Meinung, dass wir Ihre Leistungen zu Unrecht abgelehnt haben, können Sie unsere Entscheidung bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht überprüfen lassen.
- 9.3 Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder eines Vertragsstaats des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, können Sie sich ausschließlich an das für unseren Geschäftssitz zuständige Gericht in Deutschland wenden.

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

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

## 11 Wann verjähren die Ansprüche?

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

## Datenschutzhinweise sowie Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen

**Informationen zur Verwendung Ihrer Daten:** ERGO Direkt Versicherungen haben sich verpflichtet, die Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft einzuhalten. Ihr Vorteil: Wir informieren Sie umfassend über die Verwendung Ihrer Daten und machen deren Verarbeitung für Sie transparent. Es ist selbstverständlich, dass wir die relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie alle weiteren maßgeblichen Gesetze beachten.

Die Unternehmen der ERGO Versicherungsgruppe (zu finden unter [ergodirekt.de/datenschutz](http://ergodirekt.de/datenschutz)) führen Ihre Stammdaten (z. B. Name, Adresse) in gemeinsamen Datensammlungen. Sie dürfen sich diese gegenseitig zur Nutzung überlassen, soweit dies für die ordnungsgemäße Durchführung der Versicherungs-Angelegenheiten erforderlich ist. ERGO Direkt Versicherungen erheben neben den vertragsrelevanten Daten auch Angaben (z. B. Bankverbindung, Telefonnummer), die für eine kostengünstige Vertragsführung wichtig sind. Die erhobenen personenbezogenen Daten nutzen und verarbeiten wir grundsätzlich nur zweckgebunden. Sie werden für das Versicherungsverhältnis, zur Qualitätssicherung, Werbung für eigene Versicherungsprodukte und die der Versicherungsgruppe, sowie zur Markt- und Meinungsforschung eingesetzt. Wir benötigen Ihre personenbezogenen Daten zum Einschätzen des zu versichernden Risikos vor Abschluss des Vertrags. Insbesondere zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses und im Leistungsfall. Sie können Daten löschen oder sperren lassen, wenn die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung unzulässig oder nicht mehr erforderlich ist. **Sie können jederzeit der Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten widersprechen.** Wir setzen Ihren Wunsch nach Ablauf einer technisch nötigen Frist um.

Weitergehende Informationen wie:

- den Code of Conduct (Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft),
- die Unternehmen der ERGO Versicherungsgruppe,
- die Dienstleisterliste, der für uns tätigen Unternehmen,

finden Sie im Internet unter [ergodirekt.de/datenschutz](http://ergodirekt.de/datenschutz).

Sie möchten einen Ausdruck anfordern oder Wünsche zu Ihren personenbezogenen Daten äußern? Dazu erreichen Sie uns telefonisch gebührenfrei: 0800 / 444 1000, oder schriftlich unter der E-Mail Adresse [datenschutz.beauftragter@ergodirekt.de](mailto:datenschutz.beauftragter@ergodirekt.de). Außerdem bei ERGO Direkt Versicherungen, Datenschutzbeauftragter, Karl-Martell-Str. 60, 90344 Nürnberg. Selbstverständlich erhalten Sie hier auch alle Auskünfte zum Thema Datenschutz.

## Hinweis zu den nachfolgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen:

**Sie können jederzeit von Ihnen erteilte Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf kann allerdings ausgeschlossen sein oder dazu führen, dass die Leistung nicht erbracht werden kann. Dies ist der Fall, wenn die Einwilligung zur Durchführung des Vertrags oder der Schadensabwicklung erforderlich ist.** Kontaktmöglichkeiten siehe oben.

## Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

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 Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die ERGO Direkt Krankenversicherung AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Falls wir zur Beurteilung der Leistungspflicht Gesundheitsdaten bei Dritten abfragen müssen, werden wir Sie im Einzelfall bitten, uns eine Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung zu erteilen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die ERGO Direkt Krankenversicherung AG 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. Rückversicherungen weiterleiten zu dürfen. Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der ERGO Direkt Krankenversicherung AG unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten durch die ERGO Direkt Krankenversicherung AG selbst, im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten, bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der ERGO Direkt Krankenversicherung AG und wenn der Vertrag nicht zustande kommt. Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder (diese unterschreiben ab dem 16. Lebensjahr i.d.R. eine eigene Erklärung), soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

**Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die ERGO Direkt Krankenversicherung AG**

**Ich willige ein, dass die ERGO Direkt Krankenversicherung AG die von mir künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.**

## **Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der ERGO Direkt Krankenversicherung AG**

Die ERGO Direkt Krankenversicherung AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

## **Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungs-Pflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die ERGO Direkt Krankenversicherung AG 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 ERGO Direkt Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungs-Pflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die ERGO Direkt Krankenversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die ERGO Direkt Krankenversicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.**

## **Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (z.B. Telefondienstleister, Rechenzentrum)**

Die ERGO Direkt Krankenversicherung AG 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 einer anderen Gesellschaft der ERGO Group AG oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die ERGO Direkt Krankenversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Die ERGO Direkt Krankenversicherung AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die

vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die ERGO Direkt Krankenversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste finden Sie im Internet unter ([info.ergodirekt.de/liste](http://info.ergodirekt.de/liste)) oder kann bei der ERGO Direkt Krankenversicherung AG (KundenCenter, Karl-Martell-Str. 60, 90344 Nürnberg, 0800 / 444 1000, [kundencenter@ergodirekt.de](mailto:kundencenter@ergodirekt.de)) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die ERGO Direkt Krankenversicherung AG Ihre Einwilligung.

**Ich willige ein, dass die ERGO Direkt Krankenversicherung AG 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 ERGO Direkt Krankenversicherung AG 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.**



**Kundeninformationspflicht  
des Unternehmens bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr  
(nach § 312i BGB in Verbindung mit Art. 246c Einführungsgesetz zum Bürgerlichen Gesetzbuch)**

---

Wir informieren Sie an dieser Stelle:

- Über die einzelnen technischen Schritte, die zu einem Vertragsschluss führen:  
Erst wenn Sie auf den Button "Online abschließen – zahlungspflichtiger Vertrag" klicken, ist Ihr Online-Abschluss verbindlich, die Daten werden uns übermittelt. Sie können Ihre Vertragsdaten bei Bedarf vor Anklicken des Buttons ausdrucken. Abschließend sehen Sie die Bestätigungs-Seite.
- Sie können Ihre Eingaben vor Vertragsabschluss prüfen und mittels „zurück“ berichtigen.
- Für den Vertragsschluss steht ausschließlich die deutsche Sprache zur Verfügung.
- Der Vertragstext wird nach dem Vertragsschluss von ERGO Direkt Versicherungen gespeichert. Beim Abschluss einer Versicherung, bekommen Sie die Versicherungs-Police mit den wesentlichen Vertragsbestandteilen per Post zugesandt.
- Wir sind dem „Verhaltenskodex des GDV e.V. für den Vertrieb von Versicherungsprodukten“ beigetreten. Diesen finden Sie unter: [www.gdv.de/2015/04/verhaltenskodex-fuer-den-vertrieb](http://www.gdv.de/2015/04/verhaltenskodex-fuer-den-vertrieb).  
Außerdem sind wir den „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (Code of Conduct)“ beigetreten. Diese finden Sie unter <https://ergodirekt.de/de/datenschutzunddatensicherheit/code-of-conduct.html>.