



## **NÜRNBERGER Private Krankenzusatzversicherung**

der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG (NKV)

Die NÜRNBERGER Krankenversicherung (NKV) ist ein qualitätsbewusster Versicherer, der seinen Kunden ein Höchstmaß an Sicherheit und Flexibilität zu einem fairen Preis bietet. Ergänzen Sie Ihren gesetzlichen Versicherungsschutz gezielt und individuell: Sie entscheiden, welche Leistungen Sie möchten. Wählen Sie aus dem kompakten und umfangreichen Katalog der NKV. Damit Ihre Gesundheit optimal abgesichert ist.

### **Inhalt**

Verbraucherinformationen gemäß VVG .....	1 - 14
--	--------

Vermittelt durch:

Wolf Eckehard VV-O Makler-UG (haftungsbeschränkt) & Co.KG  
Humboldtstrasse 31, 02763 Zittau  
Tel: 03583-704300, Fax: 03583-704301  
E-Mail: [wolf@vv-o.com](mailto:wolf@vv-o.com)

## Inhaltsverzeichnis der Verbraucherinformationen

### Produktinformationen nach §4 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-Info V)

#### Allgemeine und zusätzliche Informationen

- Allgemeine Informationen nach §1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)

#### Vertragsbedingungen

- X951	08.2017	Bestimmungen bei Zahlung mittels SEPA-Basislastschrift (X951_201708)
- KV200	07.2023	Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) des Tarifs Budget

# Private Krankenversicherung

## Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: NÜRNBERGER Krankenversicherung AG

Produkt: BudgetSelect privat 600 (Budget)

Mitgliedstaat: Bundesrepublik Deutschland

Dieses Blatt dient nur Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

### Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankenzusatzversicherung, die Ihren gesetzlichen Versicherungsschutz ergänzt.



#### Was ist versichert?

Wir erstatten 100 % der Aufwendungen für die im Folgenden aufgeführten Leistungsarten. Der Erstattungsbetrag ist insgesamt auf 600 EUR pro Jahr begrenzt.

- ✓ Heilbehandlungen durch Heilpraktiker, Naturheilverfahren durch Ärzte und osteopathische Leistungen (inkl. in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen)
- ✓ in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführte Vorsorgeuntersuchungen
- ✓ Schutzimpfungen
- ✓ Arznei- und Verbandmittel
- ✓ ärztlich verordnete Heil- und Hilfsmittel
- ✓ gesetzlich festgelegte stationäre und ambulante Zuzahlungen
- ✓ Sehhilfen zum Ausgleich einer Fehlsichtigkeit. Die Leistungen für Sehhilfen sind zusätzlich auf die Hälfte des Gesamtbudgets begrenzt, d. h. auf 300 EUR pro Jahr.
- ✓ Laserbehandlungen zur Sehschärfenkorrektur (inkl. Vor- und Nachuntersuchungen).
- ✓ refraktiver Linsenaustausch (inkl. Vor- und Nachuntersuchungen)
- ✓ professionelle Zahnreinigung und Fissurenversiegelung
- ✓ Wurzel- und Parodontosebehandlung
- ✓ zahnauhellende Maßnahmen (z. B. Bleaching), welche in einer zahnärztlichen Praxis stattfinden bzw. zahnärztlich begleitet und überwacht werden

Die genauen Leistungsinhalte entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



#### Was ist nicht versichert?

##### Wir erstatten nicht:

- ✗ Aufwendungen für Behandlungen, die bei Vertragsabschluss bereits begonnen haben oder angeraten sind.
- ✗ Aufwendungen für Behandlungen durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
- ✗ Aufwendungen für Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind.
- ✗ Für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



#### Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Leistungen, die ein anderer Kostenträger, z. B. die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), erbringt, sind Vorleistungen. Bitte nehmen Sie Vorleistungen in Anspruch.
- ! Insgesamt darf die Gesamterstattung die gesamten Aufwendungen nicht übersteigen.
- ! Die aufgeführten Aufwendungen können wir nur erstatten, wenn sie nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) oder der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnet werden.
- ! Wir erstatten die Aufwendungen für Heilpraktikerbehandlungen bis zu den Höchstsätzen des GebüH.



#### Wo bin ich versichert?

- ✓ Ihr Versicherungsschutz gilt weltweit.



## Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie können den Tarif Budget nur abschließen, wenn Sie Ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und in der deutschen GKV versichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben. Wenn diese Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind, müssen Sie uns dies unverzüglich anzeigen.
- Vor Vertragsschluss führen wir eine Gesundheitsprüfung durch. Daher müssen Sie alle von uns geforderten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen Sie bzw. die versicherte Person uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Wenn sich Ihre Postanschrift ändert, müssen Sie dies unverzüglich mitteilen. Andernfalls können Nachteile entstehen. Das Gleiche gilt bei Namensänderung.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif Budget.



## Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und ist am 1. eines jeden Monats fällig.
- Den 1. Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins, jedoch nicht vor dem Tag des im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns, zahlen.
- Verspätete Beitragszahlungen können zum Verlust Ihres Versicherungsschutzes führen.
- Sie können uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto mittels SEPA-Lastschriftmandat einzuziehen; alternativ können Sie als Zahlungsweise die Überweisung wählen. Die Beiträge müssen Sie an die von uns zu bezeichnende Stelle entrichten.
- Die Berechnung der Beiträge ist in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Beiträge werden getrennt für die Altersbereiche 0 bis 15 Jahre, 16 bis 50 Jahre sowie ab 51 Jahren bestimmt. Das hat zur Folge, dass Ihr Beitrag steigt, wenn Sie oder eine versicherte Person das 16. bzw. das 51. Lebensjahr vollenden.



## Wann beginnt und endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Versicherungsbeginn ist jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet bei wirksamer Kündigung durch Sie (siehe auch „Wie kann ich den Vertrag kündigen?“). Wir können den Vertrag nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen aus einem wichtigen Grund ohne Einhaltung einer Frist kündigen (z. B. wenn Sie ihre Beiträge nicht bezahlen).
- Der Versicherungsschutz endet, wenn Sie oder eine versicherte Person den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in einen Staat außerhalb der EU, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz legen, es sei denn, er wird aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt.
- Scheiden Sie oder eine versicherte Person aus der GKV aus bzw. endet der Anspruch auf Heilfürsorge, endet für die betroffenen Personen die Versicherung nach Tarif Budget.



## Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Kalenderjahres, frühestens aber zum Ablauf des zweiten Kalenderjahres nach Versicherungsbeginn kündigen. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von 3 Monaten.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.



## **Informationsblatt zu Ihrem Krankenversicherungsvertrag nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)** (KV290\_202207)

### **1. Sitz und Identität des Versicherers**

Ihr Vertragspartner ist die NÜRNBERGER Krankenversicherung AG,  
Sitz: Nürnberg  
Registergericht: Amtsgericht Nürnberg HRB 10668

Sie hat die Rechtsform einer Aktiengesellschaft  
Kontaktadresse:  
Ostendstr. 100, 90334 Nürnberg  
Telefon 0911 531-5, Fax 0911 531-4116  
info@nuernberger.de, www.nuernberger.de  
Bankverbindung: Deutsche Bank AG Nürnberg,  
BIC: DEUTDEMM760, IBAN: DE43 7607 0012 0464 1684 00

### **2. Ansprechpartner im Ausland**

Entfällt.

### **3. Ladungsfähige Anschrift des Versicherers**

NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Ostendstr. 100, 90334 Nürnberg, vertreten durch den  
Vorstand Christian Barton, Andreas Lauth, Dr. Jobst Leikeb

### **4. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers und zuständige Aufsichtsbehörde Hauptgeschäftstätigkeit**

Die Hauptgeschäftstätigkeit der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG ist der Betrieb der privaten  
Krankenversicherung.

#### **Aufsichtsbehörde**

Die NÜRNBERGER Krankenversicherung AG steht unter der staatlichen Aufsicht der Bundesanstalt für  
Finanzdienstleistungsaufsicht, Bereich Versicherungen, Postfach 12 53, 53002 Bonn.

### **5. Zugehörigkeit zu einem Sicherungsfonds**

Die NÜRNBERGER Krankenversicherung AG ist Mitglied des Sicherungsfonds Medicator AG,  
Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln.

### **6. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung**

#### **Anwendbares Recht**

Der beantragte Vertrag unterliegt dem deutschen Recht, insbesondere den Vorschriften des VVG  
(Versicherungsvertragsgesetz) und BGB (Bürgerliches Gesetzbuch).

#### **Zugrunde liegende Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen**

Die für das Versicherungsverhältnis geltenden Bedingungen sind den Ihnen ausgehändigten Unterla-  
gen beigelegt.

#### **Art, Umfang Fälligkeit und Erfüllung der Versicherungsleistung**

Angaben über die Art, den Umfang, die Fälligkeit und die Erfüllung der Leistung des Versicherers  
finden Sie in den beigelegten Allgemeinen Vertragsdaten sowie in den entsprechenden Paragraphen der  
Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Geldleistungen des Versicherers sind mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfal-  
les und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen fällig.

### **7. Gesamtpreis der Versicherung**

Den gesamten zu entrichtenden Beitrag für Ihren Vertrag können Sie dem beigelegten vorläufigen  
Versicherungsschein (Invitativmodell) bzw. dem Angebot/Antrag (Antragsmodell) entnehmen.

## 8. Zusätzliche Kosten

Zusätzlich zu dem unter Punkt 7 genannten Gesamtpreis der Versicherung werden von uns keine weiteren planmäßigen Gebühren oder Kosten erhoben. Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Dies gilt beispielsweise bei schriftlicher Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen, Verzug bei Folgebeiträgen oder Rückläufern im Lastschriftverfahren.

Für den Fall des Verzugs bei Folgebeiträgen beachten Sie bitte Folgendes: Erfolgt die Zahlung eines Folgebeitrags nicht oder nicht rechtzeitig, geraten Sie in Verzug, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung oder verspätete Zahlung nicht zu vertreten. Im Falle des Verzugs kann ein ersatzpflichtiger Verzugsschaden entstehen. Weitere Regelungen zur Fälligkeit des Folgebeitrags und zur Rechtzeitigkeit der Zahlung entnehmen Sie den entsprechenden Paragraphen der beigefügten Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

## 9. Einzelheiten hinsichtlich Zahlung und Erfüllung

Der Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, jedoch nicht vor dem Tag des im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns.

Weitere Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Beiträge können Sie den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten sowie den entsprechenden Paragraphen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen.

## 10. Befristung der Gültigkeitsdauer dieser Informationen

Die Angaben, insbesondere hinsichtlich der Höhe des Beitrags gelten, soweit uns innerhalb der nächsten 4 Wochen Ihr verbindlicher Antrag auf Abschluss des oben genannten Versicherungsvertrags vorliegt. Beitragsänderungen wegen etwaiger Beitragsanpassungen bzw. im Rahmen der Risikoprüfung notwendiger Zuschläge sind nicht berücksichtigt.

## 11. Kapitalanlagerisiko

Entfällt.

## 12. Angaben über das Zustandekommen des Vertrages - Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

## 13. Widerrufsbelehrung

### Abschnitt 1 - Widerrufsrecht, Widerrufsfolge und besondere Hinweise

#### Widerrufsrecht

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

- den Versicherungsschein,
  - die Vertragsbestimmungen, einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen,
  - diese Belehrung,
  - das Produktinformationsblatt
  - und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen
- jeweils in Textform erhalten haben.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist an folgende Adresse zu richten:

NÜRNBERGER Krankenversicherung AG

Ostendstr. 100, 90334 Nürnberg

Fax 0911 531-4116

info@nuernberger.de, www.nuernberger.de



### **Widerrufsfolgen**

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, den Sie nach folgender Formel errechnen können: Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/30 des Monatsbeitrags. 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.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 VVG wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

### **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.

### **Abschnitt 2 - Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen**

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

#### **Unterabschnitt 1: Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen**

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

- a) die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
- b) die Identität einer Vertreterin oder eines Vertreters des Versicherers in dem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in dem Sie Ihren Wohnsitz haben, wenn es eine solche Vertreterin oder einen solchen Vertreter gibt, oder die Identität einer anderen gewerblich tätigen Person als dem Versicherer, wenn Sie mit dieser geschäftlich zu tun haben, und die Eigenschaft, in der diese Person gegenüber Ihnen tätig wird;
- c)
  - die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
  - jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen einer Vertreterin oder einem Vertreter des Versicherers oder einer anderen gewerblich tätigen Person gemäß Buchstabe b) und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
- d) die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
- e) Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
- f) die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;

- g) den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
- h) • gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;  
• alle Kosten, die Ihnen für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen, wenn solche zusätzlichen Kosten in Rechnung gestellt werden;
- i) Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
- j) die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
- k) den Hinweis, dass sich die Finanzdienstleistung auf Finanzinstrumente bezieht, die wegen ihrer spezifischen Merkmale oder der durchzuführenden Vorgänge mit speziellen Risiken behaftet sind oder deren Preis Schwankungen auf dem Finanzmarkt unterliegt, auf die der Versicherer keinen Einfluss hat, und dass in der Vergangenheit erwirtschaftete Beträge kein Indikator für künftige Erträge sind; die jeweiligen Umstände und Risiken sind zu bezeichnen;
- l) Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
- m) das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
- n) • Angaben zur Laufzeit des Vertrages;  
• Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
- o) Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
- p) die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
- q) das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
- r) die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
- s) einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
- t) Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.





### **Unterabschnitt 2: Zusätzliche Informationspflichten bei substitutiven Krankenversicherungen**

Bei substitutiven Krankenversicherungen hat der Versicherer Ihnen zusätzlich zu den oben genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:

- a) Angaben in Euro zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
- b) Angaben in Euro zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
- c) Angaben über die Auswirkungen steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung;
- d) Hinweise auf die Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter, insbesondere auf die Möglichkeiten eines Wechsels in den Basistarif oder in andere Tarife gemäß § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes und der Vereinbarung von Leistungsausschlüssen sowie auf die Möglichkeit einer Prämienminderung gemäß § 152 Absatz 3 und 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes;
- e) einen Hinweis, dass ein Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter in der Regel ausgeschlossen ist;
- f) einen Hinweis, dass ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein kann und gegebenenfalls auf einen Wechsel in den Basistarif beschränkt ist;
- g) eine Übersicht in Euro über die Beitragsentwicklung im Zeitraum der dem Angebot vorangehenden zehn Jahre; anzugeben ist, welcher monatlichen Beitrag in den dem Angebot vorangehenden zehn Jahren jeweils zu entrichten gewesen wäre, wenn der Versicherungsvertrag zum damaligen Zeitpunkt von einer Person gleichen Geschlechts wie Sie mit Eintrittsalter von 35 Jahren abgeschlossen worden wäre; besteht der angebotene Tarif noch nicht seit zehn Jahren, so ist auf den Zeitpunkt der Einführung des Tarifs abzustellen, und es ist darauf hinzuweisen, dass die Aussagekraft der Übersicht wegen der kurzen Zeit, die seit der Einführung des Tarifs vergangen ist, begrenzt ist; ergänzend ist die Entwicklung eines vergleichbaren Tarifs, der bereits seit zehn Jahren besteht, darzustellen.

**Ende der Widerrufsbelehrung**

#### **14. Laufzeit/Mindestlaufzeit des Vertrages**

Der Krankenversicherungsvertrag wird grundsätzlich für die Dauer von 2 Versicherungsjahren geschlossen. Für enthaltene Krankentagegeld- und Pflegetagegeldtarife sowie die Tarife Z80, Z90 und Z100 gilt abweichend eine Mindestlaufzeit von 1 Versicherungsjahr. Im Basistarif beträgt die Mindestlaufzeit 18 Monate. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird (siehe Punkt 15). Die Vertragslaufzeit des Tarifs OPT ist auf 10 Jahre befristet. Nach Ablauf der Vertragslaufzeit endet der Vertrag bezüglich des Tarifs OPT ohne Kündigung. Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres; die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den entsprechenden Paragraphen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

#### **15. Beendigung des Vertrages**

Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der Mindestlaufzeit, mit einer Frist von 3 Monaten in Textform (z. B. Brief, Fax oder E-Mail) kündigen.

Bei den Tarifen Z80, Z90, Z100 und AM300 ist nach der Mindestlaufzeit des Vertrags eine Kündigung zum Ende des nächsten Monats möglich.

Ein Sonderkündigungsrecht haben Sie bei:

- Beitragsanpassungen aufgrund Erreichen eines bestimmten Lebensalters
- sonstigen Beitragsanpassungen

Das Versicherungsverhältnis endet weiterhin mit dem Tod des Versicherungsnehmers und insoweit mit dem Tod einer versicherten Person.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den entsprechenden Paragraphen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

## **16. Abweichendes Recht bei Vertragsanbahnungen**

Entfällt.

## **17. Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht und über das zuständige Gericht**

### **Anwendbares Recht**

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

### **Gerichtsstand**

Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag können gegen uns bei dem für unseren Geschäftssitz örtlich zuständigen Gericht geltend gemacht werden. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Unsere Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können wir gegen Sie an dem für Ihren Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt zuständigen Gericht geltend machen.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den entsprechenden Paragraphen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

## **18. Sprachen der Versicherungsbedingungen, der Kommunikation und der Vorabinformationen**

Auf Ihren Versicherungsvertrag findet die deutsche Sprache Anwendung. Das bedeutet, dass alle Vertragsunterlagen, wie z. B. die Versicherungsbedingungen, diese Informationen und die übrigen Verbraucherinformationen und auch die Kommunikation während der Laufzeit Ihres Vertrages in deutscher Sprache erfolgen.

## **19. Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren**

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V., Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Den Ombudsmann der Versicherungen erreichen Sie wie folgt:

### **OMBUDSMANN**

Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, Tel. 0800 2550444\*, Fax 030 20458931,

[www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de)

\*Kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen.

Von der Inanspruchnahme des kostenlosen außergerichtlichen Streitschlichtungsverfahrens unberührt bleibt die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

## **20. Beschwerdemöglichkeit bei der Aufsichtsbehörde**

Bitte richten Sie bei Unstimmigkeiten Ihre Beschwerden vorrangig an uns oder den betreuenden Vermittler. Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Postfach 12 53, 53002 Bonn.



## Bestimmungen bei Zahlung mittels SEPA-Basislastschrift

Für die Durchführung der Beitragszahlung mittels SEPA-Basislastschrift gelten diese Bestimmungen:

### 1. Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

(1) Der Versicherungsnehmer erteilt dem Versicherer zur Durchführung der Beitragszahlung ein SEPA-Basislastschriftmandat. Darin ermächtigt der Versicherungsnehmer den Versicherer, Zahlungen von seinem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weist er seinen Zahlungsdienstleister (in der Regel seine kontoführende Bank) an, die von dem Versicherer auf das Konto des Versicherungsnehmers gezogenen SEPA-Basislastschriften einzulösen.

(2) Das SEPA-Basislastschriftmandat enthält ferner grundsätzlich

- den Namen des Versicherers, seine Adresse und seine Gläubiger-Identifikationsnummer;
- die Angabe, ob das Mandat für wiederkehrende Zahlungen oder eine einmalige Zahlung gegeben wird;
- den Namen, die Adresse, die Kontoverbindung und die Unterschrift des Versicherungsnehmers.

(3) Die Mandatsreferenznummer wird vom Versicherer gesondert vergeben und dem Versicherungsnehmer nachträglich bekannt gegeben.

(4) Wird statt des Versicherungsnehmers eine andere Person als Beitragszahler (= abweichender Beitragszahler) vereinbart, sind die Regelungen der Ziffer 3 zu beachten.

### 2. Vorabankündigung (Pre-Notification)

(1) Der Versicherer wird dem Versicherungsnehmer den SEPA-Basislastschritteinzug spätestens 5 Kalendertage vor der Fälligkeit der 1. SEPA-Basislastschriftzahlung ankündigen beziehungsweise im Rahmen einer Einmalzahlung spätestens 5 Kalendertage vor der Fälligkeit der einmaligen SEPA-Basislastschriftzahlung (Vorabankündigung/Pre-Notification).

(2) Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeträgen erfolgt eine einmalige Vorabankündigung vor dem 1. SEPA-Basislastschritteinzug; verändert sich der einzuziehende Lastschriftbetrag (z. B. durch eine Beitragserhöhung), erhält der Versicherungsnehmer eine neuerliche Vorabankündigung spätestens 5 Kalendertage vor der Fälligkeit des neuen Lastschriftbetrags.

(3) Wird ein abweichender Beitragszahler vereinbart, sind die Regelungen der Ziffer 3 zu beachten.

### 3. Besonderheiten bei abweichendem Beitragszahler

(1) Wird ein abweichender Beitragszahler vereinbart, erteilt dieser dem Versicherer zur Durchführung der Beitragszahlung ein SEPA-Basislastschriftmandat. Darin ermächtigt der abweichende Beitragszahler den Versicherer, Zahlungen von seinem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen, und weist zugleich seinen Zahlungsdienstleister an, die von dem Versicherer auf das Konto des abweichenden Beitragszahlers gezogenen SEPA-Basislastschriften einzulösen. Im SEPA-Basislastschriftmandat sind der Name, die Adresse, die Kontoverbindung und die Unterschrift des abweichenden Beitragszahlers aufzunehmen.

(2) Die Mitteilung der Mandatsreferenznummer nach Ziffer 1 (3) sowie die Vorabankündigung (Pre-Notification) nach Ziffer 2 werden gegenüber dem Versicherungsnehmer und dem abweichenden Beitragszahler vorgenommen.

(3) Der Versicherungsnehmer als unser Vertragspartner ist verpflichtet, Änderungen beim abweichenden Beitragszahler (insbesondere eine Adressänderung) unverzüglich dem Versicherer mitzuteilen. Der Versicherungsnehmer stellt sicher, dass der abweichende Beitragszahler mit der Übermittlung der Änderungen der personenbezogenen Daten an den Versicherer einverstanden ist. Kann eine Lastschrift nicht eingelöst werden, weil der Versicherungsnehmer diese Pflicht nicht erfüllt hat, muss er dem Versicherer den daraus entstehenden Schaden ersetzen.

### 4. Haftung bei Rücklastschriften

Verursacht der Versicherungsnehmer schuldhaft eine Rücklastschrift (z. B. durch unrichtige Angaben im SEPA-Basislastschriftmandat oder durch Unterlassen der Mitteilung von Änderungen), hat er dem Versicherer den daraus entstehenden Schaden zu ersetzen.



## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den BudgetSelect privat 600 - Tarif Budget (KV200\_202307)

### Für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin, sehr geehrter Versicherungsnehmer,

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

Personen- und Funktionsbezeichnungen stehen für alle Geschlechter gleichermaßen.

#### Inhaltsverzeichnis

- |  |  |
|--|--|
| 1. Wer kann versichert werden?   | 12. Welche Obliegenheiten (Pflichten) haben Sie und die versicherten Personen? |
| 2. Wann liegt ein Versicherungsfall vor?                               | 13. Was geschieht, wenn diese Obliegenheiten (Pflichten) verletzt werden?      |
| 3. Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?               | 14. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag?                                  |
| 4. Wann leisten wir nicht oder nur eingeschränkt?                      | 15. Wann können Sie den Vertrag kündigen?                                      |
| 5. Was ist im Versicherungsfall zu beachten?                           | 16. Wann können wir den Vertrag kündigen?                                      |
| 6. Wann beginnt der Versicherungsschutz und wann endet er?             | 17. Aus welchen anderen Gründen kann der Vertrag enden?                        |
| 7. Sind Wartezeiten zu beachten?                                       | 18. Was gilt für Mitteilungen an uns?  |
| 8. Was gilt für die Versicherungsbeiträge?                             | 19. Wo können Sie sich beschweren? Welche Aufsichtsbehörde ist zuständig?      |
| 9. Was ist bei der Beitragszahlung zu beachten?                        | 20. Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?                                  |
| 10. Wann können sich die Versicherungsbeiträge ändern?                 |  |
| 11. Wann können wir diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen ändern? |  |

#### 1. Wer kann versichert werden?

Es können nur Personen versichert werden, die in der deutschen GKV versichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben. Mit Ablauf des Monats, in dem für eine versicherte Person die Versicherung in der deutschen GKV endet bzw. der Anspruch auf Heilfürsorge entfällt, endet auch das Versicherungsverhältnis für diese Person. Außerdem müssen Sie (als Versicherungsnehmer) Ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz ins Ausland, beachten Sie bitte die Regelungen in Punkt 17.

#### 2. Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

Wir bieten Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Heilbehandlungen durch einen Heilpraktiker (siehe Punkt 3.1 d), Naturheilverfahren durch einen Arzt (siehe Punkt 3.1 e), osteopathische Leistungen durch einen Spezialisten (siehe Punkt 3.1 f), Vorsorgeuntersuchungen (siehe Punkt 3.1 g), Schutzimpfungen (siehe Punkt 3.1 h), Sehhilfen, Laserverfahren, Linsenaustausch (siehe Punkte 3.1.2 a - c), gesetzliche Zuzahlungen (siehe Punkt 3.1 i), Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel (siehe Punkt 3.1 j und k), Zahnprophylaxe, Zahnbehandlung und Zahnaufhellende Maßnahmen (siehe Punkt 3.1 l - n). Der Versicherungsschutz beginnt mit der Untersuchung bzw. der Behandlung. Der Versicherungsschutz gilt dabei weltweit.

#### 3. Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?

##### 3.1 Welche Kosten erstatten wir und bis zu welchem Betrag?

Das jährliche Budget von 600 EUR können Sie flexibel auf die folgenden Leistungen unter Punkt 3.1 a - 3.1 n aufteilen. Bitte beachten Sie, dass innerhalb des Budgets die Leistungen für Sehhilfen unter Punkt 3.1 a im Kalenderjahr auf das hälftige Budget begrenzt sind, also 300 EUR. Die unter Punkt 3.1 a bis 3.1 n aufgeführten Kosten übernehmen wir pro versicherte Person und Kalenderjahr. Die Kosten werden dabei dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem sie entstanden sind (Behandlungs- bzw. Bezugsdatum). Nach Ablauf eines Kalenderjahres haben Sie ab dem 01.01. des Folgejahres einen neuen Anspruch auf Leistungen. Würde der Höchstleistungsbetrag, d. h. das Budget innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, erfolgt keine weitere Erstattung für die unten aufgeführten Leistungen. Nicht voll beanspruchtes Budget kann nicht ins darauffolgende Kalenderjahr übertragen werden. Sollte der Versicherungsbeginn unterjährig sein, haben Sie in diesem Kalenderjahr trotzdem den Anspruch auf das volle Budget.

##### a) Sehhilfen

Wir erstatten anfallende Kosten für Sehhilfen (Brillengestelle, Gläser und Kontaktlinsen, auch Sonnenbrillen mit Korrekturgläsern), die zum Ausgleich Ihrer Fehlsichtigkeit dienen, bis zur maximalen Erstattungshöhe des hälftigen jährlichen Budgets. Dies umfasst die erstmalige Ausstattung und die notwendige Änderung, Instandsetzung (Reparatur) und Ersatzbeschaffung von Sehhilfen. Eine Verordnung des Augenarztes ist nicht erforderlich. Bitte reichen Sie uns die Rechnung des Optikers unter Angabe der Dioptrienwerte ein.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).

##### b) Laserverfahren

Wir erstatten anfallende Kosten für Laserbehandlungen zur Sehschärfenkorrektur (z. B. LASEK, LASIK). Dies schließt Vor- und Nachuntersuchungen mit ein.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).

##### c) Refraktiver Linsenaustausch

Wir erstatten anfallende Kosten für refraktiven Linsenaustausch (RLE). Dies schließt Vor- und Nachuntersuchungen mit ein.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).

##### d) Heilbehandlung durch Heilpraktiker

Wir erstatten anfallende Kosten für Untersuchungen und Behandlungen durch Heilpraktiker nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) bis zu den darin aufgeführten Höchstsätzen. Das schließt auch verordnete Arznei-, Heil- und Verbandmittel sowie in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen mit ein.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).

##### e) Naturheilverfahren durch Ärzte

Wir erstatten anfallende Kosten für im Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführte Untersuchungen und Behandlungen durch Ärzte. Das schließt auch verordnete Arznei-, Heil- und Verbandmittel sowie in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen mit ein.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).



## f) Osteopathische Leistungen

Wir erstatten anfallende Kosten für osteopathische Leistungen, wenn diese

- medizinisch anerkannt sind, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihrer Verschlimmerung entgegenzuwirken oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
- von einem Arzt auf einem Privat Rezept verordnet wurden.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).

## g) Vorsorge/individuelle Gesundheitsleistungen

Wir erstatten anfallende Kosten für die im Folgenden aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen/individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL).

Im Rahmen der Allgemeinen Vorsorge:

- Glaukomvorsorge grüner Star
- Großer Gesundheits-Check
- Hirnleistungs-Check
- HIV-Test
- Lungen-Check - Lungenfunktionstest
- Osteoporosevorsorge per Knochendichtemessung - Osteodensitometrie
- Schilddrüsenvorsorge
- Schlaganfallvorsorge
- Sono-Check - Sonografie-Ultraschall der inneren Organe
- Hauttypbestimmung inklusive Hautfunktionstest
- Magenvorsorge per Helicobacter-Pylori-Test
- Prostatavorsorge PSA-Test

Im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge:

- Triple-Test
- Zusätzliche Sonografie
- Toxoplasmose-Test
- Nackentransparenzmessung
- Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese und FISH-Schnelltest)

Im Rahmen der Krebsvorsorge:

- Brustkrebsvorsorge per Mammografie
- Brustkrebsvorsorge per Ultraschall
- Darmkrebsvorsorge per Stuhltest und Darmspiegelung
- Große erweiterte Krebsvorsorge für die Frau
- Große erweiterte Krebsvorsorge für den Mann
- Hautkrebsvorsorge inklusive Video-Dermatoskopie

Im Rahmen der Kinder- und Jugendlichenvorsorge:

- Augen-Check
- Gehör-Check
- J2 Vorsorgeuntersuchungen für Jugendliche
- Schielvorsorge
- U6a Vorsorgeuntersuchungen
- U9a/U9b Vorsorgeuntersuchungen

## Kann sich dieser Vorsorgekatalog weiterentwickeln?

Die erstattungsfähigen Vorsorgeuntersuchungen werden von uns regelmäßig auf einen Anpassungsbedarf im Hinblick auf geänderte medizinische Standards überprüft und mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders gegebenenfalls angepasst. Das gilt sowohl für Neukunden als auch für bestehende Verträge.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).

## h) Schutzimpfungen inklusive Impfstoff

Wir erstatten anfallende Kosten für die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Schutzimpfungen sowie die Kosten für Malaria-Prophylaxe, Reiseschutzimpfungen nach der Reiseempfehlung der STIKO, Schutzimpfungen gegen FSME, Gelbfieber, Hepatitis, Tollwut und Typhus.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).

## i) Gesetzliche Zuzahlungen nach Sozialgesetzbuch (SGB V)

Wir erstatten folgende Zuzahlungen, die Sie nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in der jeweils gültigen Fassung zu tragen haben:

- Arznei- und Verbandmittel (§ 31 Abs. 3 SGB V)
- Heilmittel (§ 32 Abs. 2 SGB V)
- Hilfsmittel (§ 33 Abs. 8 SGB V)
- stationäre Krankenhausbehandlungen (§ 39 Abs. 4 SGB V)
- medizinische Rehabilitation (§ 40 Abs. 5 und 6 SGB V)
- medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41 Abs. 3 SGB V) und
- stationäre Transportkosten (§ 60 Abs. 2 SGB V)

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).

## j) Arznei- und Verbandmittel

Wir erstatten anfallende Kosten für Arznei- und Verbandmittel, sofern diese zur Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen medizinisch notwendig sind. Wir zahlen auch ärztlich empfohlene, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel. Zusammenfassend erkennen wir folgende Rezeptarten an:

- Kassenrezept
- Privat Rezept
- Rezept für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

Ausgeschlossen sind solche Mittel, die Ihrer individuellen Lebensführung dienen (z. B. Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsreduzierung, Haarwuchsmittel, Mittel zur Schwangerschaftsverhütung). Ausgeschlossen sind auch Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel und Vitaminsubstanzen.

Die Arznei- oder Verbandmittel müssen von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnet worden sein. Das Arzneimittel muss zugelassen, aus einer Apotheke bezogen worden und ein Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes sein.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).

## k) Heil- und Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)

Wir erstatten anfallende Kosten für ärztlich verordnete Heil- und Hilfsmittel. Wir erkennen folgende Rezeptarten an:

- Kassenrezept
- Privat Rezept

Die Heil- und Hilfsmittel müssen von einem Arzt oder einem Heilpraktiker verordnet worden sein. Die zugelassenen Leistungserbringer für Heilmittel sind unter Punkt 3.3. aufgeführt.

Zu Heilmitteln gehören z. B. medizinische Bäder, Massagen, Logopädie, Ergotherapie, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen.

Zu Hilfsmitteln gehören z. B. Hörgeräte, Krankenfahrstühle, Bandagen, orthopädische Schuhe, Einlagen und Kompressionsstrümpfe.

Wir erstatten auch die Kosten für die Reparatur und Wartung des Hilfsmittels sowie die Kosten für Ihre notwendige Unterweisung in dem Hilfsmittelgebrauch.

Nicht versichert sind Kosten für:

- den Gebrauch des Hilfsmittels (z. B. Batterien).
- Hilfsmittel, zu deren Erstattung die soziale oder private Pflegeversicherung dem Grunde nach verpflichtet ist.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).

## l) Zahnprophylaxe

Wir erstatten anfallende Kosten für Zahnprophylaxe (einschließlich professioneller Zahnreinigung und Fissurenversiegelung).

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).

## m) Zahnbehandlung

Wir erstatten anfallende Kosten für medizinisch notwendige Wurzel- und Parodontosebehandlung (einschließlich Wurzelspitzenresektion, Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime, Dentallasern).

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).

## n) Zahnaufhellende Maßnahmen

Wir erstatten anfallende Kosten für zahnaufhellende Maßnahmen (z. B. Bleaching), welche in einer zahnärztlichen Praxis stattfinden bzw. zahnärztlich begleitet und überwacht werden.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).

## 3.2 Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein?

### Gibt es andere Kostenträger (Vorleistungen)?

Leistungen, die ein anderer Kostenträger erbringt, z. B. die GKV oder ein anderer Erstattungsverpflichteter, sind Vorleistungen. Bitte nehmen Sie zuerst diese in Anspruch, damit Sie insgesamt eine höchstmögliche Erstattung, maximal bis zum vollen Rechnungsbetrag, erreichen. Sie werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).



### Welche in Rechnung gestellten Beträge sind erstattungsfähig?

Die für Sie entstandenen Kosten sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) bzw. dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) berechnet wurden. Bei osteopathischen Leistungen finden die entsprechenden Abrechnungsvorschriften Anwendung.

Nach GOZ bzw. GOÄ abgerechnete Kosten erstatten wir auch über die Höchstsätze der jeweiligen Gebührenordnung hinaus. Aufwendungen, die nach GebÜH berechnet werden, erstatten wir bis zum Höchstsatz.

Dies gilt im Hinblick auf die Höhe der Leistungen auch für Behandlungen im Ausland. Das bedeutet, dass wir höchstens die Aufwendungen erstatten, die bei einer Behandlung in Deutschland entstanden wären. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten rechnen wir zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro um.

### 3.3 Von wem dürfen Sie sich behandeln lassen?

Sie können unter den niedergelassenen, in Krankenhausambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen approbierten Ärzten, Zahnärzten und Heilpraktikern frei wählen.

Heilmittel (siehe Punkt 3.1 k) müssen von Ärzten, Heilpraktikern oder Angehörigen anderer staatlich anerkannter Heil(hilfs)berufe (z. B. Physiotherapeuten) erbracht werden. Osteopathische Leistungen (siehe Punkt 3.1.f) müssen von einem zur osteopathischen Leistungserbringung berechtigten Arzt, einem Physiotherapeuten oder einem sonstigen Leistungserbringer durchgeführt werden, der Mitglied eines Berufsverbands der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

### 4. Wann leisten wir nicht oder nur eingeschränkt?

#### 4.1 Wir leisten nicht für

- alle bei Vertragsabschluss bereits begonnenen oder ärztlich angeratenen Behandlungen
- Krankheiten und Unfälle, die von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt worden sind, einschließlich deren Folgen
- Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Dies gilt nicht für nachgewiesene Sachkosten
- eine Seehilfe, die nicht zum Ausgleich Ihrer Fehlsichtigkeit dient
- für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel ohne entsprechende Verordnung (Rezept)
- Behandlungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Leistungserbringer, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben. Das gilt aber nur dann, wenn der Versicherungsfall eintritt, nachdem wir Sie über diesen Leistungsausschluss benachrichtigt haben. Wenn im Zeitpunkt der Benachrichtigung eine Behandlung läuft, leisten wir nur für Aufwendungen, die vor der Benachrichtigung und innerhalb von 3 Monaten nach der Benachrichtigung entstehen.

#### 4.2 In folgenden Fällen leisten wir nur eingeschränkt

- Wir können unsere Erstattung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen, falls mehr oder umfangreichere Leistungen als medizinisch notwendig erbracht werden. Dasselbe gilt, wenn die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen unangemessen hoch im Verhältnis zu den erbrachten Leistungen sind.
- Die Gesamterstattung darf Ihre Gesamtaufwendungen nicht übersteigen. Das gilt insbesondere dann, wenn Sie Anspruch auf Leistungen gegenüber anderen Kostenträgern z. B. aus der GKV, der gesetzlichen Unfall- und/oder Rentenversicherung und/oder von anderen Erstattungsverpflichteten haben.

### 5. Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von uns geforderten und erforderlichen Nachweise erbracht sind. Die Rechnungen müssen den Vorgaben der GOÄ, GOZ bzw. des GebÜH entsprechen und insbesondere folgende Angaben enthalten: Namen der behandelten Person, Art der Leistungen sowie das jeweilige Behandlungsdatum. Wenn eine Vorleistung erfolgt ist, müssen die Belege zudem den Erstattungsvermerk der GKV oder eines anderen Kostenträgers enthalten.

Wir sind verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn Sie uns in Textform diese versicherte Person als Empfangsberechtigten für deren Versicherungsleistungen benannt haben. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, können nur Sie die Leistung an sich selbst nur für die versicherte Person verlangen.

### 6. Wann beginnt der Versicherungsschutz und wann endet er?

Ihr Versicherungsschutz besteht, sobald der Vertrag zustande gekommen ist, frühestens jedoch zu dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Eine Besonderheit gilt für Versicherungsfälle, die in dem Zeitraum nach Abschluss des Versicherungsvertrags, aber vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn eintreten. Hier leisten wir nur für diejenigen Aufwendungen, die ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn angefallen sind.

Der Versicherungsschutz endet, auch für laufende Behandlungen, mit Beendigung des Versicherungsvertrages.

### 7. Sind Wartezeiten zu beachten?

Wir verzichten auf Wartezeiten. Sie haben also Versicherungsschutz ab Beginn (siehe Punkt 6).

### 8. Was gilt für die Versicherungsbeiträge?

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Die Monatsbeiträge sind am 1. eines jeden Monats im Voraus fällig. Die Höhe des Beitrags ist nach 3 Altersstufen (Tarifstufen) bemessen:

- von 0 bis 15 Jahre,
- von 16 bis 50 Jahre sowie
- ab 51 Jahren.

Zu Beginn der Versicherung müssen Sie zunächst den Beitrag zahlen, der dem Eintrittsalter der versicherten Person entspricht. Als Eintrittsalter gilt die Anzahl der bei Versicherungsbeginn (siehe Punkt 6) vollendeten Lebensjahre. Ein Lebensjahr gilt zum Ende des Geburtsmonats als vollendet.

Sobald die versicherte Person das 16. bzw. 51. Lebensjahr vollendet, gilt der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe. Dieser Beitrag ist ab dem darauffolgenden Monat zur Zahlung fällig. Sie erhalten eine gesonderte Information über die Beitragsänderung.

### 9. Was ist bei der Beitragszahlung zu beachten?

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. aus dem jeweils letzten Nachtrag zum Versicherungsschein. Er ist am 1. eines jeden Monats im Voraus fällig.

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins, jedoch nicht vor dem Tag des im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns zu zahlen. Solange Sie ihn schuldhaft nicht zahlen, besteht kein Versicherungsschutz. Zudem können wir vom Vertrag zurücktreten (siehe § 37 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)).

Die nicht rechtzeitige Zahlung der Folgebeiträge kann zum Verlust des Versicherungsschutzes und zur Kündigung des Vertrags führen (siehe § 38 VVG).

Der Beitrag ist rechtzeitig gezahlt, wenn er bei Fälligkeit auf unser Konto rechtzeitig überwiesen wurde.

Wenn Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben, zahlen Sie rechtzeitig, wenn wir den Beitrag zum Fälligkeitstag abbuchen können und Sie der Abbuchung nicht widersprechen. Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht abbuchen, erhalten Sie von uns in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) eine Zahlungsaufforderung. Wenn Sie dann den Beitrag unverzüglich zahlen, ist die Beitragszahlung noch rechtzeitig.

### 10. Wann können sich die Versicherungsbeiträge ändern?

#### 10.1 Welche Voraussetzungen gelten für eine Beitragsänderung?

Die Ausgaben für Heilbehandlungsmaßnahmen können sich ändern, z. B. wegen steigender Kosten im Gesundheitswesen oder einer häufigeren Inanspruchnahme von Heilbehandlungsmaßnahmen. Darum vergleichen wir für jede Tarifstufe jährlich die tatsächlich erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt dieser Vergleich für eine Versichertengemeinschaft eine Abweichung von mehr als 10 %, werden alle Beiträge für diese Versichertengemeinschaft von uns überprüft und, wenn notwendig, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst (erhöht oder reduziert).

#### 10.2 Wann ändert sich der Beitrag nicht?

Eine Beitragsänderung findet nicht statt, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und den unabhängigen Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

#### 10.3 Wann wird eine Beitragsänderung wirksam?

Die Änderung des Beitrags werden wir Ihnen unter Angabe der maßgeblichen Gründe in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) mitteilen. Die Änderung wird zu Beginn des 2. Monats wirksam, der auf unsere Mitteilung folgt. Im Fall einer Beitragserhöhung haben Sie das Recht, das Versicherungsverhältnis der hiervon betroffenen Person zu kündigen (siehe auch Punkt 15).



### 11. Wann können wir diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen ändern?

Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen können sich dauerhaft ändern - z. B. durch Gesetze.

Die Änderungen können ein solches Ausmaß annehmen, dass es zur Wahrung der Interessen der Versicherungsnehmer erforderlich ist, die AVB entsprechend anzupassen. Diese Anpassungen werden aber nur dann wirksam, wenn zuvor ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen überprüft und die Angemessenheit bestätigt hat (siehe § 203 Abs. 3 VVG).

Wir teilen Ihnen die Anpassungen und die Gründe hierfür mit. Die Anpassungen werden zu Beginn des 2. Monats wirksam, der auf die Mitteilung folgt (siehe § 203 Abs. 5 VVG).

Durch höchstrichterliche Entscheidungen oder bestandskräftige Verwaltungsakte, insbesondere der Aufsichts- und Kartellbehörden, können AVB-Regelungen wider Erwarten für unwirksam erklärt werden. In diesen Fällen können wir die Regelung durch eine neue ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Versicherungsvertrags notwendig ist. Das ist auch möglich, wenn eine Fortsetzung des Vertrags ohne die neue Regelung für eine der Vertragsparteien nicht zumutbar wäre. Die neue Regelung muss unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigen. Sie wird 2 Wochen, nachdem wir Sie über die Änderung und die hierfür maßgeblichen Gründe informiert haben, wirksam.

### 12. Welche Obliegenheiten (Pflichten) haben Sie und die versicherten Personen?

Zur Prüfung der Leistungspflicht und des Leistungsumfangs benötigen wir von Ihnen bzw. der versicherten Person ggf. Auskünfte. Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die erforderlichen Auskünfte und Belege zu geben.

Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Kosten zu sorgen. Sie muss alles unterlassen, was der Genesung entgegensteht.

### 13. Was geschieht, wenn diese Obliegenheiten (Pflichten) verletzt werden?

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

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

### 14. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag?

Der Versicherungsvertrag hat keine feste Vertragslaufzeit. Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

### 15. Wann können Sie den Vertrag kündigen?

Sie können erstmals zum Ende eines jeden Versicherungsjahres (Kalenderjahr), frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu 2 Jahren, mit einer Frist von 3 Monaten kündigen.

Die Kündigung ist auf einzelne versicherte Personen beschränkt. Versicherte Personen sind bei Kündigung ihres Versicherungsverhältnisses durch Sie oder bei Ihrem Ableben berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu erklären und den künftigen Versicherungsnehmer zu benennen. Diese Erklärung ist innerhalb von 2 Monaten ab dem Zeitpunkt abzugeben, in dem die versicherte Person Kenntnis von ihrem Recht erlangt.

### Kündigung aufgrund einer Beitragserhöhung

Bei einer Beitragserhöhung können Sie die Versicherung für die hiervon betroffene Person kündigen. Das gleiche Recht haben Sie, wenn sich die Leistungen vermindern. Die Kündigung wird zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung oder Leistungsverminderung wirksam.

Folgende Fristen sind zu beachten: Erhöhen sich die Beiträge aufgrund eines Wechsels der Altersgruppe (siehe Punkt 8), können Sie innerhalb von 2 Monaten nach der Änderung kündigen. Erhöhen sich die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung (siehe Punkt 10), können Sie innerhalb von 2 Monaten nach unserer Mitteilung über die Erhöhung kündigen. Dies gilt auch, wenn sich die Leistungen wegen einer Änderung der AVB vermindern sollten (siehe Punkt 11).

### Wie muss die Kündigung erklärt werden?

Die Kündigung ist nur und erst dann wirksam, wenn sie uns in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) zugeht. Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis für eine versicherte Person, wird die Kündigung nur und erst dann wirksam, wenn die versicherte Person Kenntnis von der Kündigungserklärung erlangt hat.

### 16. Wann können wir den Vertrag kündigen?

Wir können den Versicherungsvertrag ganz oder teilweise nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen aus einem wichtigen Grund kündigen. Diese Möglichkeit haben wir z. B. dann, wenn Sie die Beiträge nicht rechtzeitig zahlen (siehe Punkt 9). Auf weitere Kündigungsmöglichkeiten - unser ordentliches Kündigungsrecht - verzichten wir.

Kündigen wir den Versicherungsvertrag wirksam wegen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung, kann die versicherte Person die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses erklären und den künftigen Versicherungsnehmer benennen. Wir informieren die versicherte Person in Textform über die Kündigung des Vertrags und das Recht der Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses. Dieses Recht endet 2 Monate, nachdem die versicherte Person davon Kenntnis erlangt hat.

### 17. Aus welchen anderen Gründen kann der Vertrag enden?

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort in einen anderen Staat, der nicht

- zu den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union oder
- zu den übrigen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) gehört oder
- in die Schweiz,

endet das Versicherungsverhältnis für die betroffene versicherte Person. Stirbt eine versicherte Person oder endet für die versicherte Person die Versicherung in der deutschen GKV, endet für diese Person auch die Versicherung.

Der Versicherungsvertrag endet spätestens mit Ihrem Ableben. Die versicherten Personen können ihre Versicherungsverhältnisse fortführen. Die Erklärung zur Fortführung muss innerhalb von 2 Monaten ab dem Zeitpunkt erfolgen, in dem die versicherte Person Kenntnis von ihrem Recht erlangt hat.

### 18. Was gilt für Mitteilungen an uns?

Willenserklärungen und Mitteilungen müssen Sie uns in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) übermitteln. Nur dann werden sie wirksam.

### 19. Wo können Sie sich beschweren? Welche Aufsichtsbehörde ist zuständig?

Bitte richten Sie bei Unstimmigkeiten Ihre Beschwerden vorrangig an uns oder an den betreuenden Vermittler. Darüber hinaus haben Sie das Recht, das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren durch den Ombudsmann für die private Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen.

Den Ombudsmann erreichen Sie per

- Telefon: 0800 2 550444 (kostenfrei)
- Fax: 030 20458931
- Post: Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung  
Postfach 06 02 22  
10052 Berlin
- Internet: [www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de)

Sie haben zudem die Möglichkeit, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht  
Postfach 12 53, 53002 Bonn

### 20. Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

Meinungsverschiedenheiten können ggf. auch eine gerichtliche Klärung erfordern. Klagen gegen uns können Sie bei dem Gericht an Ihrem Wohnsitz oder an Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder bei dem Gericht an unserem Sitz in Nürnberg einreichen.

Für unsere Klagen gegen Sie ist das Gericht an Ihrem ständigen Wohnsitz zuständig. Haben Sie keinen ständigen Wohnsitz, können wir unsere Klagen an Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort einreichen.

Verlegen Sie nach Vertragsabschluss Ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort ins Ausland, ist das Gericht an unserem Sitz in Nürnberg zuständig. Dies gilt auch, wenn uns Ihr Wohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.