



Allgemeine Versicherungsbedingungen

Tarif Zahnschutz

Tarifstufe zahnschutz70

Ausgabe 01/2018

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Allgemeine Grundsätze und Versicherungsfähigkeit
- § 2 Leistungen des Versicherungsvertrages
- § 3 Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit
- § 4 Eintritt des Versicherungsfalles
- § 5 Obliegenheiten
- § 6 Beitrag
- § 7 Beitragszahlung
- § 8 Änderung von Beitrag oder Versicherungsbedingungen
- § 9 Vertragslaufzeit
- § 10 Gerichtsstand und Verjährung
- § 11 Risikoträger

§ 1 Allgemeine Grundsätze und Versicherungsfähigkeit

1. Den Umfang des Versicherungsschutzes ersehen Sie aus dem Versicherungsschein, etwaigen späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Bedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Der Versicherungsvertrag unterliegt ausschließlich deutschem Recht.

2. Den Tarif Zahnschutz**70** können Sie abschließen und weiterführen, wenn und solange für Sie ein Leistungsanspruch bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht und Sie Ihren Hauptwohnsitz in der BRD haben.

3. Der Vertrag kommt zustande wenn wir Ihren Antrag annehmen. Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Jahren geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um jeweils ein weiteres Jahr, wenn er nicht durch Sie zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten schriftlich gekündigt wird.

Das Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten und im Versicherungsschein dokumentierten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet nach einem Jahr.

4. Die Laufzeit des Vertrags beginnt, unabhängig vom Abschluss des Versicherungsschutzes, zum vereinbarten und im Versicherungsschein dokumentierten Zeitpunkt.

5. Willenserklärungen und Anzeigen müssen Sie schriftlich (Brief) an die asano AG richten, sofern nicht ausdrücklich Textform (z.B. Mail oder Fax) vereinbart ist.

6. Die Ihnen im Laufe der Vertragsdauer obliegenden Anzeigen und Erklärungen, sowie Zahlungen gelten dem Risikoträger (vgl. § 11) gegenüber als zugegangen, wenn sie bei der asano AG eingegangen sind. Die asano AG ist bevollmächtigt, Ihre Zahlungen für den Risikoträger mit befreiender Wirkung für Sie entgegen zu nehmen.

§ 2 Leistungen des Versicherungsvertrages

1. Wir leisten, wenn einer im Tarif Zahnschutz**70** versicherten Person während des Versicherungsschutzes eine medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlung (Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie) von einem approbierten, niedergelassenen Zahnarzt erstmals angeraten oder bei dieser durchgeführt wird.

Grundsätzlich gilt für alle Leistungen dieses Vertrages: Für Maßnahmen, die vor Versicherungsbeginn angeraten oder begonnen worden sind, wird nicht geleistet.

Leistungsvoraussetzung bei Zahnersatzmaßnahmen sind bei Vertragsabschluss vorhandene Zähne oder dauerhafter Zahnersatz. Demnach besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne einschließlich nicht angelegter Zähne kein Leistungsanspruch.

Eine Wartezeit besteht nicht.

2. Als Zahnbehandlung in diesem Sinne gelten:

Wurzelkanalbehandlung und Wurzelspitzenresektion, hochwertige Einlagefüllung aus Edelmetall oder Keramik (Inlays), Kunststoff- und Gussfüllung (Onlays), Parodontalbehandlung, parodontalchirurgische Therapie, Aufbiss-Schiene (Knirscher-Schiene) sowie die in diesem Zusammenhang stehenden zahnärztlichen Leistungen, Bildaufnahmen, die zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.

2.1 Für die unter Ziff.2. genannten, medizinisch notwendigen Zahnbehandlungen erstatten wir, zusammen mit den Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder eines sonstigen Kostenträgers 70% der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen.

Bei fehlendem gesetzlichen Leistungsanspruch gegenüber der GKV ersetzen wir Ihnen 45% der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen.

Für eine parodontalchirurgische Therapie leisten wir einen Zuschuss, zusätzlich zur Leistung der GKV, von maximal 200 EUR je Versicherungsjahr

3. Für eine zahnmedizinische Individualprophylaxe oder professionelle Zahnreinigung (PZR) leisten wir, zusammen mit den Leistungen einer GKV oder eines anderen Kostenträgers, bis 100% der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen, jedoch höchstens 70 EUR je Versicherungsjahr.

In-Office Bleaching (zahnaufhellende Maßnahme) von wurzelbehandelten Zähnen. Für diese Leistung Ihres Zahnarztes erstatten wir Ihnen, einmalig je betroffene Region, maximal 70 EUR. Voraussetzung ist, dass im entsprechenden Versicherungsjahr keine PZR in Anspruch genommen wird bzw. wurde.

3.1 Erstattungsfähige Aufwendungen für zahnmedizinische Individualprophylaxe sind Aufwendungen für Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Dazu zählen die Erstellung eines Mundhygienestatus, die eingehende Unterweisung zur Vorbeugung von Karies und parodontalen Erkrankungen, die Aufklärung über Krankheitsursachen der Zölne und deren Vermeidung, die Kontrolle des Übungserfolges, die Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung, die Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit ausgehärtetem Kunststoff, die Behandlung überempfindlicher Zähne, die Erstellung eines Parodontonalstatus einschließlich Parodontonaldagnostik, die Beseitigung von scharfen Zahnkanten, den groben Vorkontakt der Okklusion und Zahnbelägen, die subgingivale Konkrement Entfernung, die Wurzelglättung sowie die Gingivakürettage.

4. Wir leisten, wenn einer im Tarif Zahnschutz**70** versicherten Person während des Versicherungsschutzes eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung von einem approbierten, niedergelassenen Zahnarzt erstmals angeraten oder bei dieser durchgeführt wird und die versicherte Person bei Beginn der Behandlung das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Als kieferorthopädische Behandlung gelten:

- Kieferorthopädie mit vorbereitenden Maßnahmen bei den kieferorthopädischen Indikationsgruppen 1 bis 5 (Einstufung der Zahn- und Kieferfehlstellung je nach Schwere).
- Vom Kieferorthopäden im Zusammenhang mit seiner kieferorthopädischen Maßnahme durchgeführte funktionsanalytische, funktions-therapeutische Leistungen und sonstige kieferorthopädische Mehrleistungen.
- Material- und Laborkosten, die bei den aufgeführten kieferorthopädischen Leistungen anfallen.

4.1. Für die unter Ziff.4 genannten Leistungen ersetzen wir in der Tarifstufe Zahnschutz**70** während der gesamten Vertragslaufzeit bis 1.200 EUR zusätzlich zu den Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers, maximal 70% der gesamten erstattungsfähigen Mehraufwendungen.

Für den Eigenanteil, welcher aufgrund einer nicht planmäßig beendeten kieferorthopädischen Behandlung entsteht, wird nicht geleistet.

5. Als Zahnersatz in diesem Sinne gelten:

Stiftzähne, Teil- und Voll-Kronen, Overlays, Brücken, Brückenglieder und die entsprechende Verblendung bis Zahn 5.

Implantat getragener Zahnersatz, Veneer, Teil- und Voll-Prothesen sowie die Reparaturen am Zahnersatz.

Als implantologische Leistungen gelten:

Knochenaufbau, Implantate, Direktimplantate.

Einschließlich die in diesem Zusammenhang stehenden zahnärztlichen Leistungen, Bildaufnahmen, die zahn-technischen Laborarbeiten und Materialien.

5.1. Für die medizinisch notwendigen, erstattungsfähigen Aufwendungen leisten wir, zusammen mit den Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder eines sonstigen Kostenträgers 70% der Gesamtaufwendungen am Zahnersatz.

Für implantologische Leistungen bis einschließlich Zahn 6 ersetzen wir max. 70% der Gesamtaufwendungen bis zu höchstens 3 Implantatinserktionen und Begleitleistungen je Versicherungsjahr.

Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet.

6. Die Aufwendungen für erbrachte Leistungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen liegen.

Entsprechendes gilt für Aufwendungen im Ausland erbrachter Leistungen.

Erstattungsfähig sind auch über den Höchstsätzen dieser Gebührenordnung liegende Aufwendungen, die durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse

begründet und nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sind.

7. Die tariflichen Leistungen sind je versicherte Person in den ersten vier Versicherungsjahren begrenzt:

- im ersten Versicherungsjahr auf **500 EUR**
- in den ersten 2 Versicherungsjahren **1.000 EUR**
- in den ersten 3 Versicherungsjahren **1.500 EUR**
- in den ersten 4 Versicherungsjahren **2.000 EUR**

Ab dem **fünften** Versicherungsjahr entfällt die summenmäßige Leistungsbegrenzung.

Die Leistungsbegrenzungen unter Ziff. 7. entfallen, wenn der Versicherungsfall nachweislich als Folge auf einen nach Beginn des Versicherungsschutzes eingetretenen Unfall zurückzuführen ist.

§ 3 Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit

1. Antrag auf Beitragsbefreiung

Wir befreien Sie unter Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes auf Antrag von Ihrer Verpflichtung, die laufenden Versicherungsbeiträge für diesen „Tarif Zahnersatz“ zu entrichten, wenn Sie während der Laufzeit des Vertrages arbeitsunfähig werden. Die Beitragsbefreiung bezieht sich im Versicherungsfall nur auf künftig fällig werdende Beiträge, nicht jedoch auf bereits gezahlte Beiträge, soweit nichts anderes mit Ihnen vereinbart wurde.

Sie müssen als Versicherungsnehmer von der Arbeitsunfähigkeit betroffen sein, soweit nichts anderes vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert ist. Die Arbeitsunfähigkeit eines mitverdienenden Lebenspartners oder einer anderen in Ihrem Haushalt ständig lebenden Person oder einer versicherten Person, die nicht Versicherungsnehmer ist, ist nicht versichert.

Ihre Arbeitsunfähigkeit haben Sie durch die Vorlage eines Attestes eines in Deutschland zugelassenen und approbierten Arztes sowie einer Bescheinigung der Krankenversicherung über den Erhalt von Krankengeld nachzuweisen.

Sofern Sie einen Antrag auf Beitragsbefreiung gestellt haben, sind Sie verpflichtet, die vereinbarten Versicherungsbeiträge bis zum Zeitpunkt unserer Entscheidung über Ihren Antrag weiter zu entrichten. Endet die Beitragsbefreiung, haben Sie die Beiträge wieder zu zahlen.

2. Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn Sie aufgrund eines Unfalls oder Krankheit Ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben können, sie auch nicht ausüben und auch keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgehen.

3. Ausschluss der Beitragsbefreiung

Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung besteht nicht:

a) wenn die Arbeitsunfähigkeit bereits bei Abschluss des Versicherungsvertrages bestand oder innerhalb von sechs Monaten nach Beginn des Versicherungsschutzes eintritt; dann ist die Beitragsbefreiung für die gesamte Dauer der Arbeitsunfähigkeit ausgeschlossen (Wartezeit),

b) während der ersten drei Monate einer Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit),

c) wenn Sie bei Abschluss dieser privaten Zusatzversicherung bereits Kenntnis von dem drohenden Eintritt der Arbeitsunfähigkeit hatten und diese innerhalb von 12 Monaten seit Vertragsabschluss auch eingetreten ist (Bösgläubigkeit),

d) wenn Sie bei Eintritt des Versicherungsfalles oder Arbeitsunfähigkeit keinen Versicherungsschutz, insbesondere bei Nichtzahlung innerhalb der Mahnfristen, haben,

e) wenn die Arbeitsunfähigkeit durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse eingetreten ist,

f) wenn die Arbeitsunfähigkeit durch eine Sucht, Einnahme von Drogen, Medikamentenmissbrauch oder Alkoholismus verursacht wurde,

g) wenn die Arbeitsunfähigkeit Folge einer Schwangerschaft ist, soweit für diese Zeit Lohnfortzahlung oder Ansprüche aus dem gesetzlichen Mutterschutz oder Elternzeit bestehen,

h) wenn die Arbeitsunfähigkeit durch psychische Erkrankungen (z. B. Depressionen, psychosomatische Störungen, posttraumatische Belastungsstörungen) verursacht worden ist. Es sei denn, sie ist von einem in Deutschland niedergelassenen und approbierten Facharzt für psychische Erkrankungen diagnostiziert und wird fachärztlich behandelt,

i) wenn die Arbeitsunfähigkeit durch Erkrankungen des Bewegungsapparates, einschließlich des Skelettes verursacht worden ist. Es sei denn, sie ist von einem in Deutschland niedergelassenen und approbierten Facharzt für orthopädische Erkrankungen diagnostiziert und wird fachärztlich behandelt,

j) wenn die Arbeitsunfähigkeit durch Unfälle bei der Benutzung von Luftfahrzeugen oder sonstigen Fluggeräten einschließlich der Ausübung von Extremsportarten eingetreten ist,

k) wenn die Arbeitsunfähigkeit durch Unfälle verursacht wurde, die Ihnen dadurch zugestoßen sind, dass Sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligen, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

4. Dauer der Beitragsbefreiung

Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung wegen Arbeitsunfähigkeit besteht jeweils für die tatsächliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit, längstens jedoch für insgesamt 12 Monate innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren (Maximalzeitraum). Der Maximalzeitraum beginnt jeweils mit der erstmaligen Befreiung wegen Arbeitsunfähigkeit. Nach dem Wegfall der Arbeitsunfähigkeit bzw. nach Ablauf des maximalen Zeitraums, wird der Vertrag beitragspflichtig fortgeführt.

§ 4 Eintritt des Versicherungsfalles

1. Legen Sie Kostenbelege immer zuerst Ihrer GKV vor. Die asano AG benötigt zur Leistungsprüfung deren Erstattungsvermerk. Versehen mit diesem Vermerk übermitteln Sie der asano AG sämtliche Kostenbelege über die Zahnersatzmaßnahme (z.B. genehmigter Heil- und Kostenplan, Rechnungen des Zahnarztes und des zahntechnischen Labors). Die Belege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person tragen. Es müssen sich hieraus die Behandlungsdaten und die einzelnen erbrachten Leistungen ergeben. Die Belege gehen mit der Leistung in unser Eigentum über.

2. Werden fehlende Zähne ersetzt, müssen Sie den Zeitpunkt der Extraktion bzw. des Verlustes nachweisen.

3. Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages in Euro umgerechnet, an dem die Belege bei der asano AG eingehen.

4. Der Anspruch auf Auszahlung der Versicherungsleistung steht grundsätzlich dem Versicherungsnehmer zu. Der Versicherungsnehmer kann auch eine versicherte Person in Textform als empfangsberechtigten für Ihre Versicherungsleistungen benennen. asano AG ist dann verpflichtet, entsprechend dieser Empfangsberechtigung ausschließlich an die benannte Person zu leisten. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können im Übrigen ohne unsere Zustimmung weder abgetreten noch verpfändet oder in sonstiger Weise auf Dritte übertragen werden.

5. Sie erhalten die Versicherungsleistungen sobald wir festgestellt haben, ob und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind. Sollten wir dafür länger als einen Monat benötigen, erhalten Sie auf Wunsch vorab einen Abschlag. Maßgebend dafür ist die Höhe des Betrags, den wir nach den bisherigen Feststellungen voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Die Monatsfrist ist unterbrochen, solange wir unsere Feststellungen z.B. wegen fehlender Nachweise nicht durchführen können.

§ 5 Obliegenheiten

1. Bitte beachten Sie, dass Sie und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person auf Verlangen der asano AG hin jede Auskunft zu erteilen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder

unserer Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach erforderlich ist.

Auf Verlangen der asano AG hin, haben Sie oder die mitversicherte Person die behandelnden Zahnärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und sich durch einen von der asano AG beauftragten Zahnarzt untersuchen zu lassen, soweit die notwendigen Informationen nicht anderweitig von Ihnen nachgewiesen werden können.

2. Haben Sie oder eine mitversicherte Person einen Ersatzanspruch gegenüber Dritten, so besteht - unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs - die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der wir aus dem Versicherungsvertrag Ersatz leisten, an uns schriftlich abzutreten.

3. Wenn Sie oder die mitversicherte Person der Mitwirkungsverpflichtung nicht nachkommen, sind wir unter den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei. Im Falle der vorsätzlichen Verletzung einer Obliegenheit sind wir leistungsfrei und im Falle der grob fahrlässigen Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Entsprechendes gilt, wenn Sie oder eine mitversicherte Person der Pflicht eines zur Sicherung dieses Anspruchs dienenden Rechts nicht nachkommen. Wir sind dann insoweit zur Leistung nicht verpflichtet, als wir aus diesem Grund keinen Ersatz von dem Dritten erlangen können. Gleiches gilt im Falle der fehlenden Mitwirkung bei der Durchsetzung des Anspruchs.

Vorgenanntes gilt nicht, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht.

Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung sind wir zur Leistung verpflichtet, wenn die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist.

4. Bereicherungsverbot

Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Kostenträger bzw. Erstattungspflichtige, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

5. Obliegenheitsverletzung

Unfälle oder Krankheiten durch Kriegs- oder Terrorereignisse, anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, Schäden aus der Teilnahme an Extremsportarten werden als vorsätzliche Verletzung behandelt.

§ 6 Beitrag

1. Die vereinbarten Beitragsraten entnehmen Sie dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

2. Zu Beginn der Versicherung zahlen Sie den Beitrag, der dem Eintrittsalter der zu versichernden Person entspricht. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

3. Sobald eine versicherte Person das 21., das 41. bzw. das 66. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des auf diesen Zeitpunkt folgenden Versicherungsjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen.

§ 7 Beitragszahlung

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Sie können den Beitrag wahlweise auch monatlich, vierteljährlich oder halbjährlich bezahlen. Er wird mit Abschluss des Versicherungsvertrags, spätestens zum vereinbarten Beginn der Laufzeit des Vertrags erstmals und zum entsprechenden Zeitpunkt in den Folgejahren fällig. Er ist jeweils in einer Summe im Voraus zu begleichen.

2. Zahlen Sie den Jahresbeitrag zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, es sei denn, Sie haben die Verzögerung nicht zu vertreten.

3. Der Jahresbeitrag gilt als bezahlt, wenn der entsprechende Betrag bei uns eingegangen ist oder von Ihrem Konto, mittels eines SEPA-Mandates eingezogen werden konnte und Sie dem Zahlungseingang oder der Einziehung nicht widersprechen.

4. Der Beitrag ist nach Altersstufen gestaffelt. Die Altersstufen und die Höhe der Beiträge können Sie der jeweils gültigen Beitragsübersicht u.a. auf unserer Webseite und dem Antragsformular entnehmen. Auf Nachfrage senden wir Ihnen eine auf die Altersstaffel bezogenen Beitragsübersicht in Textform.

5. Der gültige Jahresbeitrag bestimmt sich nach dem Alter der versicherten Person (vgl. § 6.3.).

6. Erreicht eine versicherte Person die nächste Altersstufe, hat sie ab der nächsten Hauptfälligkeit den für diese Altersstufe gültigen Jahresbeitrag zu zahlen.

7. Es ist Ihre Pflicht dafür Sorge zu tragen, dass unsere vereinbarte, fristgerechte Einziehung des fälligen Beitrags von Ihrer Bank ausgeführt wird. Dazu gehört unter anderem, dass Sie Ihre Bank über die uns erteilte Einzugsermächtigung informieren und Ihr Konto eine ausreichende Deckung aufweist.

§ 8 Änderung des Beitrages und/oder Versicherungsbedingungen

1. Wir sind berechtigt, den Beitrag zu ändern, wenn die tatsächlich erforderlichen Leistungen von den kalkulierten Versicherungsleistungen um mehr als 5% abweichen. Um entsprechende Feststellungen treffen zu können, vergleichen wir mindestens einmal jährlich die

erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen.

2. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden und auf die Vertragsleistung bezogenen Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen können wir die Versicherungsbedingungen anpassen, wenn die Änderung zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheint und die Änderung angemessen ist. Gleiches gilt für den Fall, dass eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden ist.

3. Die geänderten Beiträge oder die Änderung in den Versicherungsbedingungen werden wir Ihnen schriftlich mitteilen. Sie gelten von Ihnen als genehmigt, wenn Sie den Versicherungsvertrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach Bekanntgabe mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienanpassung oder die Bedingungsänderung wirksam werden soll.

§ 9 Vertragslaufzeit

1. Der Versicherungsvertrag gilt zunächst für zwei Jahre ab Versicherungsbeginn (Versicherungsjahr). Er verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn Sie den Vertrag nicht bis spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres kündigen.

Sie können die Kündigung auf bestimmte versicherte Personen begrenzen. Die Kündigung ist schriftlich gegenüber der asano AG zu erklären.

2. Das Versicherungsverhältnis endet mit der Beendigung des Versicherungsschutzes in einer deutschen GKV. Die Beendigung der Mitgliedschaft in der GKV müssen Sie uns innerhalb von zwei Monaten schriftlich mitteilen und nachweisen. Bei fristgerechter Meldung erhalten Sie die überzahlten Beiträge (max. 2 Monatsbeiträge) zurück.

Mitteilung und Nachweis sind an die asano AG zu richten.

3. Wir verzichten Ihnen gegenüber auf unser Recht, den Vertrag ordentlich zu kündigen. Unser Recht, den Vertrag außerordentlich u.a. wegen falscher Angaben bei Vertragsschluss oder wegen Zahlungsverzuges zu kündigen, bleibt hiervon unberührt.

4. Das Versicherungsverhältnis endet auch, wenn der Versicherungsnehmer verstirbt. Die mitversicherten Personen haben dann das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Eine solche Erklärung ist gegenüber der asano AG innerhalb von zwei Monaten ab Beendigung der Versicherung abzugeben. Erfolgt diese Erklärung nicht, endet der Versicherungsvertrag zum Ende des Monats in dem der Versicherungsnehmer verstorben ist.

Mit dem Ableben einer mitversicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

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

§ 10 Gerichtsstand und Verjährung

1. Bitte sprechen Sie die asano AG an, wenn Sie mit einer Entscheidung nicht einverstanden sind.

Im Falle von Meinungsverschiedenheiten können Sie gegen uns gerichtete Klagen aus dem Versicherungsvertrag bei dem Gericht an unserem Sitz anhängig machen.

Sie können die Klage aber auch bei dem Gericht des Ortes innerhalb der BRD einreichen, in dessen Bezirk Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben.

2. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

3. Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb der BRD oder einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist ausschließlich das für den Sitz der asano AG zuständige Gericht anzurufen.

4. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren regelmäßig in drei Jahren. Die Frist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und Sie von den Ansprüchen begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt haben oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen mussten (vgl. § 14 Abs. 1 VVG).

§ 11 Risikoträger

NV-Versicherungen VVaG
Ostfriesenstraße 1
D-26425 Neuharlingersiel
St.-Nr.: 71/200/00773