

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Zahnzusatzversicherung „DentHappy“ ohne Gesundheitsfragen

Index

Versicherungsschutz

1. Was ist versichert?
2. Wer kann sich versichern?
3. Wer ist versichert?
4. Welche Leistungen erbringen wir?
5. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
6. Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?
7. Wo besteht Versicherungsschutz?

Sonstige Bestimmungen

8. Wann endet der Versicherungsvertrag?
9. Was haben Sie bei der Prämienzahlung zu beachten?
10. Was passiert, wenn Sie die fälligen Prämien nicht zahlen?
11. Sind wir zu einer Anpassung der Prämie berechtigt?
12. Welche Obliegenheiten sind zu beachten?
13. Was gilt bei einer Verletzung Ihrer Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalls?
14. Wer ist Empfänger der Versicherungsleistung?
15. Können Sie gegen Forderungen von uns aufrechnen?
16. Können Sie den Versicherungsvertrag auf Dritte übertragen oder die Versicherungsansprüche abtreten oder verpfänden?
17. Was müssen Sie bei Anzeigen und Mitteilungen an uns beachten?
18. Was müssen Sie bei Mitteilungen von uns beachten?
19. Welches Recht findet auf Ihren Versicherungsvertrag Anwendung?
20. Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?
21. Schriftform- und Salvatorische Klausel



1. Was ist versichert?

- 1.1. Die Zahnzusatzversicherung „DentHappy“ ergänzt Ihren bestehenden Versicherungsschutz bei einer privaten Krankenversicherung (private Krankheitskostenvollversicherung oder private Zahnzusatzversicherung; im Folgenden auch „Vorleistungsversicherung“ genannt) hinsichtlich der Kosten für medizinisch notwendige Maßnahmen zum Zahnersatz im vereinbarten Umfang.
- 1.2. Die Versicherung wird nach Art der Schadenversicherung betrieben; es werden also keine Alterungsrückstellungen gebildet.

2. Wer kann sich versichern?

Versicherungsfähig und versicherbar sind nur Personen, die entweder im Rahmen einer deutschen privaten Krankheitskostenvollversicherung einen bestehenden Zahntarif mit Leistungen für Zahnersatz oder im Rahmen einer deutschen privaten Zahnzusatzversicherung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung einen bestehenden Zahnzusatztarif mit Leistungen für Zahnersatz versichert haben (Vorleistungsversicherung).

3. Wer ist versichert?

Versichert sind alle Personen, die als solche im Versicherungsschein ausgewiesen sind.

4. Welche Leistungen erbringen wir?

Der Umfang des Versicherungsschutzes richtet sich nach diesen AVB Zahnzusatz „DentHappy“, der vereinbarten Tarifstufe sowie den gesetzlichen Vorschriften. Welche Tarifstufe vereinbart wurde, entnehmen Sie bitte dem Versicherungsschein oder etwaigen Nachträgen zum Versicherungsschein.

- 4.1. Wir erbringen Leistungen nach diesem Tarif, wenn
 - 4.1.1. Ihnen während der Laufzeit des Versicherungsvertrages medizinisch notwendige Maßnahmen des Zahnersatzes erstmals angeraten und bei Ihnen durchgeführt werden und
 - 4.1.2. ein von Ihrer Vorleistungsversicherung anerkannter Leistungsanspruch für diese Maßnahme besteht (Versicherungsfall).
- 4.2. Als medizinisch notwendige Maßnahme des Zahnersatzes im Sinne dieser Bedingungen gilt jeweils die nach den Versicherungs- und Tarifbedingungen des bestehenden Versicherungsschutzes bei der Vorleistungsversicherung aufgeführte medizinisch notwendige Maßnahme des Zahnersatzes.



- 4.3. Für die nach der Vorleistungsversicherung erstattungsfähigen Kosten für medizinisch notwendige Maßnahmen des Zahnersatzes leisten wir

in Tarifstufe DentHappy 10	10 %,
in Tarifstufe DentHappy 15	15 %,
in Tarifstufe DentHappy 20	20 %,
in Tarifstufe DentHappy 25	25 %.

des tariflich erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Die maximale Erstattung beträgt jedoch nicht mehr als 100 % des Rechnungsbetrages inklusive sämtlicher anrechenbarer Vorleistungen.

Anrechenbare Vorleistungen sind die Beträge, die die private und gesetzliche Krankenversicherung als Erstattungsbeträge für die Maßnahme des Zahnersatzes vorsehen und erbringen, sowie Erstattungen Dritter. Als Erstattungen Dritter kommen beispielsweise Ansprüche nach einem Unfall aus einer Unfallversicherung in Betracht.

Wir erbringen Leistungen nach diesem Tarif nur, wenn die Vorleistungsversicherung eine für die Maßnahme des Zahnersatzes an sich vorgesehene Leistung als erstattungsfähige Leistung anerkannt hat. Erbringt die Vorleistungsversicherung eine solche Leistung nicht (z.B. aufgrund eines Leistungsausschlusses oder Nichteinlösung der Prämie (Erst- und Folgeprämie) oder wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung oder Behandlungen außerhalb des Geltungsbereiches), so werden die Leistungen nach diesem Tarif ebenfalls nicht erbracht.

Für die tariflichen Leistungen für Maßnahmen des Zahnersatzes bestehen in den ersten vier Versicherungsjahren je versicherter Person folgende Leistungshöchstgrenzen:

	Dent-Happy 10	Dent-Happy 15	Dent-Happy 20	DentHappy
1. Jahr	100,- €	150,- €	200,- €	250,- €
1. - 2. Jahr zusammen	200,- €	300,- €	400,- €	500,- €
1. - 3. Jahr zusammen	300,- €	450,- €	600,- €	750,- €
1. - 4. Jahr zusammen	400,- €	600,- €	800,- €	1.000,- €

Ab dem fünften Versicherungsjahr entfällt die summenmäßige Leistungsbegrenzung.

Die Leistungshöchstgrenzen gelten nicht, wenn der Versicherungsfall durch einen Unfall verursacht wird, der sich nach Vertragsschluss ereignet hat. Um einen Unfall handelt es sich, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Zahnschädigung erleidet. Die tariflichen Leistungen werden dann auch nicht auf die summenmäßige Leistungshöchstgrenze angerechnet.



- 4.4. Maßgeblich für die Zuordnung der tariflichen Leistungen zum Versicherungsjahr ist der Zeitpunkt der zahnärztlichen Behandlung.

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

- 4.5. Der Anspruch auf die Versicherungsleistung wird in dem Zeitpunkt fällig, in dem Sie nachweisen, dass der Vorleistungsversicherer den Anspruch aus der Vorleistungsversicherung anerkennt. (Die Vorlage einer Leistungsabrechnung des Vorleistungsversicherers ist zu diesem Zweck ausreichend.).
- 4.6. Die Wahl unter den approbierten, niedergelassenen Zahnärzten steht Ihnen frei. Sie können sich auch von Zahnärzten ohne Kassenzulassung behandeln lassen, sofern diese Möglichkeit in den Bedingungen Ihrer Vorleistungsversicherung vorgesehen ist.
- 4.7. Hinsichtlich der Gebühren für erbrachte Leistungen halten wir uns nicht an die Höchstsätze der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) oder Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Wir leisten zu den gleichen Sätzen wie die Vorleistungsversicherung.
- 4.8. Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro umgerechnet.
- 4.9. Die Überweisung der Versicherungsleistung ist für Sie kostenfrei, wenn Sie uns ein Inlandskonto benennen. Die Kosten für Überweisungen auf Konten im Ausland sowie für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

5. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- 5.1. Sind in dem bestehenden Zahn-/Zahnzusatztarif der Vorleistungsversicherung Leistungsausschlüsse in der Police dokumentiert, so gelten diese Leistungsausschlüsse für diesen Tarif entsprechend.
- 5.2. Darüber hinaus besteht kein Versicherungsschutz für:
- 5.2.1. vor Vertragsschluss angeratene oder begonnene zahnärztliche Behandlungen,
 - 5.2.2. Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind,
 - 5.2.3. auf Vorsatz beruhende Versicherungsfälle und Unfallereignisse einschließlich deren Folgen,
 - 5.2.4. bei Versicherungsbeginn fehlende und noch nicht ersetzte Zähne.



6. Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?

6.1. Der Versicherungsschutz besteht, sobald der Vertrag zustande gekommen ist und Sie die Erstprämie gezahlt haben, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und nicht vor Ablauf der Wartezeit.

6.2. Die Wartezeit beträgt acht Monate.

Während der Wartezeit besteht kein Versicherungsschutz. Die Wartezeit berechnet sich vom Versicherungsbeginn an, der im Versicherungsschein genannt ist. Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Die Wartezeit gilt nicht, wenn der Versicherungsfall durch ein Unfallereignis verursacht wird, das sich nach Vertragsschluss ereignet hat.

6.3. Der Versicherungsschutz endet, sobald der Versicherungsschutz unter der Vorleistungsver sicherung entfällt. Das ist selbst dann der Fall, wenn die Prämien für diesen Versi cherungsvertrag weiter gezahlt werden.

6.4. Der Versicherungsschutz endet, auch für schwebende Versicherungsfälle, mit der Beendigung des Versicherungsvertrages bzw. Versicherungsverhältnisses zu einzelnen versicherten Personen.

7. Wo besteht Versicherungsschutz?

Versicherungsschutz aus diesem Vertrag besteht in der Bundesrepublik Deutschland.

Sonstige Bestimmungen

8. Wann endet der Versicherungsvertrag?

8.1. Der Versicherungsvertrag endet durch Ihre Kündigung.

8.1.1. Die Kündigung wird nur und erst dann wirksam, wenn uns Ihre Erklärung in Textform zugeht. Richten Sie Ihre Kündigung bitte an folgende Adresse:

Vicuritas AG
Am Reutehof 7
88213 Ravensburg

Tel: +49 (800) 444 7011
Fax: +49 (751) 56027-99640
E-Mail: service@vicuritas.de



- 8.1.2. Sie können den Versicherungsvertrag insgesamt oder nur für einzelne versicherte Personen unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum darauf folgenden Monatsersten kündigen.
- 8.1.3. 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.
- 8.2. Der Versicherungsvertrag endet mit Ihrem Ableben.
- 8.3. Versicherte Personen sind bei Vorliegen der Voraussetzungen von Ziffer 8.1 und 8.2 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 hat, abzugeben. Die Prämie ist ab Fortsetzung des Vertrags zu leisten.
- 8.4. Erhöhen wir die Prämie gemäß Ziffer 11, so sind Sie berechtigt, das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt zu kündigen, zu dem die Prämienhöhung wirksam werden soll.
- Bei einer Prämienhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- 8.5. Tritt die Folge gemäß Ziffer 9.1 ein, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.
- 8.6. Die Beendigung der Vorleistungsversicherung führt zum Wegfall des versicherten Interesses. Fällt das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung weg, steht uns die Prämie bis zu dem Zeitpunkt zu, in welchem wir Kenntnis vom Wegfall des Interesses erlangen. Der Wegfall des versicherten Interesses führt zur Beendigung des Versicherungsverhältnisses.
- 8.7. Auf unser ordentliches Kündigungsrecht verzichten wir. Das Versicherungsverhältnis können wir damit nur außerordentlich kündigen (z.B. bei nicht rechtzeitiger Prämienzahlung). Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden. 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.
- 8.8. Bei dem Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.



8.9. 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.

9. Was haben Sie bei der Prämienzahlung zu beachten?

9.1. Die monatlichen Prämien richten sich nach der Prämiengruppe des erreichten Alters. Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem laufenden Kalenderjahr. Führt die Erhöhung des erreichten Alters zu Beginn eines Kalenderjahres zu einem Wechsel in eine höhere Prämiengruppe, ist ab Beginn dieses Kalenderjahres die für die höhere Prämiengruppe geltende Prämie zu zahlen. Einzelheiten zu den jeweiligen Prämiengruppen entnehmen Sie bitte der beigefügten Beitragsübersicht.

9.2. Die Erhöhungen erfolgen bis zur Beendigung des Versicherungsvertrages. Sie können die jeweilige Erhöhung der durch uns übersandten Änderungsmitteilung entnehmen.

9.3. Die erste Prämie (Erstprämie) wird mit Abschluss des Versicherungsvertrages fällig, je doch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten Versicherungsbeginn; das Datum des Versicherungsbeginns entnehmen Sie bitte dem Versicherungsschein.

9.4. Alle weiteren regelmäßigen Prämien (Folgeprämien) werden, soweit nichts anderes vereinbart wurde, für den Zeitraum von einem Monat im Voraus entrichtet und sind jeweils zum Monatsersten fällig.

9.5. Für die Prämienzahlung ist grundsätzlich das Lastschriftverfahren vorgesehen. Die Prämie wird bei Fälligkeit von dem von Ihnen benannten Konto eingezogen. Sie müssen sicher stellen, dass die Prämie am Fälligkeitstag eingezogen werden kann.

9.6. Werden die Beiträge oder Beitragsraten anders als im Lastschriftverfahren gezahlt, so erhöhen sie sich um einen Inkassozuschlag in Höhe von 2,00 Euro je zu leistender Zahlung.

10. Was passiert, wenn Sie die fälligen Prämien nicht zahlen?

10.1. Zahlen Sie die Erstprämie nicht rechtzeitig gemäß Ziffer 9.3 bzw. ist uns ein Einzug der Prämie von dem von Ihnen benannten Konto nicht möglich, sind wir gemäß § 37 VVG – solange die Erstprämie nicht beglichen ist – berechtigt, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nicht, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

10.2. Haben Sie die Erstprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt bzw. ist uns ein Einzug der Prämie von dem von Ihnen benannten Konto nicht möglich, besteht kein Anspruch auf die Leistung. Dies gilt nicht, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

10.3. Haben Sie die Folgeprämie nicht rechtzeitig gemäß Ziffer 9.4 gezahlt bzw. ist uns ein Ein-



zug der Prämie von dem von Ihnen benannten Konto nicht möglich, sind wir gemäß § 38 VVG berechtigt, Ihnen auf Ihre Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen zu setzen. Nach deren fruchtlosem Ablauf eintretende Versicherungsfälle sind nicht versichert. Dies gilt nicht, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Nach Ablauf der Frist können wir das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer weiteren Frist kündigen. Auch dies gilt nicht, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Die Kündigung wird unwirksam, wenn Sie die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung leisten. Haben wir die Kündigung zusammen mit der Bestimmung der Zahlungsfrist ausgesprochen, wird die Kündigung unwirksam, wenn Sie die Zahlung innerhalb eines Monats nach Fristablauf leisten. Für zwischen der Kündigung bzw. dem Fristablauf und der Zahlung eingetretene Versicherungsfälle besteht kein Versicherungsschutz.

11. Sind wir zu einer Anpassung der Prämie berechtigt?

- 11.1 Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Leistungen z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleichen wir jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Prämien dieses Tarifs von uns überprüft und mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst. Ferner kann unter den gleichen Voraussetzungen ein vereinbarter Prämienzuschlag entsprechend geändert werden.
- 11.2 Von einer Prämienanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- 11.3 Anpassungen nach Ziffer 11.1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Anpassung an Sie folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

12. Welche Obliegenheiten sind zu beachten?

- 12.1 Eine Änderung Ihres Namens, Ihrer Postanschrift und / oder Ihrer E-Mail-Adresse müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.
- 12.2 Sie sind verpflichtet, uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen (siehe auch Ziff. 8.9).
- 12.3 Tritt ein Versicherungsfall ein, haben Sie uns diesen, nachdem Sie von ihm Kenntnis erlangt haben, unverzüglich anzuzeigen.
- 12.4 Auf unser Verlangen hin haben Sie nach dem Eintritt des Versicherungsfalles jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer



Leistungspflicht erforderlich ist. Zudem haben Sie auf unser Verlangen hin sämtliche Belege einzureichen, deren Beschaffung Ihnen billigerweise zugemutet werden kann.

12.5. Zum Nachweis des Versicherungsfalles und damit wir feststellen können, ob und in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind, benötigen wir von Ihnen insbesondere die folgenden Unterlagen:

- Kopien der Rechnungen über die erbrachten Leistungen, aus der sich der Vor- und Zunahme der behandelten Person, die Behandlungsdaten (einschließlich Behandlungsdauer) und der in Rechnung gestellte Gesamtbetrag einschließlich der Kosten zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien ergibt.
- Die Abrechnung der Vorleistungsversicherung aus der sich die anerkannten erstattungsfähigen Leistungen sowie der erstattete Gesamtbetrag ergibt.
- Den Heil- und Kostenplan, sofern ein Heil- und Kostenplan erstellt wurde.

12.6. Wir können verlangen, dass Sie sich durch einen von uns beauftragten Zahnarzt untersuchen lassen, soweit die notwendigen Informationen nicht anderweitig von Ihnen nachgewiesen werden können.

12.7. Bei Eintritt des Versicherungsfalles haben Sie nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen.

13. Was gilt bei einer Verletzung Ihrer Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles?

13.1. Gemäß § 28 VVG können wir den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Verletzung einer Obliegenheit dieses Versicherungsvertrages durch Sie oder einer versicherten Person Kenntnis erlangt haben, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung nicht auf Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit beruht.

13.2. Beruht die Verletzung der Obliegenheit auf Vorsatz, werden wir außerdem von der Leistung frei.

13.3. Beruht die Verletzung der Obliegenheit auf grober Fahrlässigkeit, dürfen wir die Leistungen in einem der Schwere der Schuld angemessenen Verhältnis kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

13.4. Wir sind zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt, noch die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Verletzen Sie die Obliegenheit jedoch arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.



14. Wer ist Empfänger der Versicherungsleistung?

Wir sind verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn Sie als Versicherungsnehmer uns gegenüber diese Person in Textform als Empfangsberechtigte für die Versicherungsleistung benannt haben. Wir sind auch dann verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn diese im Besitz des Versicherungsscheins ist. Liegen die vorgenannten Voraussetzungen nicht vor, können nur Sie als Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung verlangen.

15. Können Sie gegen Forderungen von uns aufrechnen?

Sie können gegen Forderungen von uns nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

16. Können Sie den Versicherungsvertrag auf Dritte übertragen oder die Versicherungsansprüche abtreten oder verpfänden?

Die Übertragung dieses Versicherungsvertrages auf Dritte oder die Abtretung oder Verpfändung von Versicherungsansprüchen an Dritte ist unzulässig, es sei denn, wir haben die Zustimmung zu einem der genannten Vorgänge schriftlich erteilt.

17. Was müssen Sie bei Anzeigen und Mitteilungen an uns beachten?

Willenserklärungen und Anzeigen uns gegenüber bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart oder nach gesetzlichen Vorschriften ausreichend ist.

Sämtliche Anzeigen und Mitteilungen an uns richten Sie bitte an die

Vicuritas AG
Am Reutehof 7
88213 Ravensburg

Tel: +49 (800) 444 7011
Fax: +49 (751) 56027-99640
E-Mail: service@vicuritas.de

Die Vicuritas AG ist berechtigt, sämtliche Anzeigen und Mitteilungen von Ihnen dieses Versicherungsverhältnis betreffend entgegenzunehmen.

18. Wie erhalten Sie Mitteilungen von uns?

Mitteilungen im laufenden Vertragsverhältnis (Prämienanpassungsschreiben etc.) werden wir Ihnen ausschließlich auf elektronischem Wege, d.h. durch Benachrichtigung per E-Mail und Einstellung der Dokumente in Ihr Kundenkonto, zukommen lassen.



19. Welches Recht findet auf Ihren Versicherungsvertrag Anwendung?

Auf diesen Versicherungsvertrag findet deutsches Recht Anwendung.

20. Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

20.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Daneben ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk der Hauptsitz unserer Gesellschaft ist.

20.2 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder eines Vertragsstaats des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk wir unseren Hauptsitz haben.

21. Schriftform- und Salvatorische Klausel

21.1 Für diesen Versicherungsvertrag und die Anhänge gilt die Schriftform. Mündliche Nebenabreden wurden nicht getroffen. Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages und auch dieser Klausel bedürfen ebenfalls der Schriftform.

21.2 Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise nichtig, unwirksam oder undurchsetzbar sein oder werden, wird die Wirksamkeit und Durchsetzbarkeit der übrigen Bestimmungen hiervon nicht berührt. Eine solche nichtige, unwirksame oder undurchsetzbare Bestimmung gilt, soweit gesetzlich zulässig, durch eine wirksame und durchsetzbare Bestimmung als ersetzt, die der wirtschaftlichen Absicht und dem Zweck der nichtigen, unwirksamen oder undurchsetzbaren Bestimmung am nächsten kommt. Das Gleiche gilt entsprechend für Lücken in diesem Vertrag.

Tarif „DentHappy“ Anlage zu den Versicherungsbedingungen

Tarifbeiträge: Stand 09/2018

Tarifbeiträge

Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr. Die Altersgruppeneinteilung kann sich bei einer gemäß § 9.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif DentHappy stattfindenden Beitragsanpassung ändern.

Monatliche Prämien nach Prämiengruppe des erreichten Alters

Tarif	<20 J.	21-30 J.	31-40 J.	41-50 J.	51-60 J.	61+ J.
DENTAL 10/100	3,60 €	3,60 €	4,92 €	6,47 €	9,50 €	11,00 €
DENTAL 15/100	4,20 €	4,20 €	5,90 €	8,23 €	12,50 €	16,50 €
DENTAL 20/100	5,06 €	5,06 €	6,90 €	10,50 €	15,30 €	20,50 €
DENTAL 25/100	5,83 €	5,83 €	9,00 €	14,90 €	21,70 €	29,50 €