

Zahn-Zusatzversicherung für Versicherte gesetzlicher Krankenkassen Tarif AstraGKVZ 2022 mit den Tarifstufen Basis/Plus/ Premium

Versicherer: astra Versicherung AG
Dudenstraße 46, 68167 Mannheim

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1. Zahnersatz

für zahnärztliche Leistungen einschließlich zahntechnische Leistungen und Heil- und Kostenplan zusammen mit der Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 80% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages in den Tarifstufen Basis und Plus, 90% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages in der Tarifstufe Premium.

Der Versicherer erstattet in allen drei Tarifstufen zusammen mit der Vorleistung der GKV 100 % der Aufwendungen für Zahnersatz-Maßnahmen, wenn hierfür keine privatärztlichen Vergütungsanteile nach GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) berechnet werden (Regelversorgung).

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, Onlays, Veneers, implantatgetragener Zahnersatz, Implantate, implantologische Leistungen einschließlich hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, Verblendungen bis zum Zahn 8 und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen) sowie notwendige Anästhesie-, radiologische-, funktionsanalytische- und funktionstherapeutische Leistungen im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnersatz.

Für das Ersetzen bei Vertragsschluss fehlender und noch nicht ersetzter Zähne besteht kein Versicherungsschutz. Fehlende Milchzähne gelten nicht als fehlende Zähne.

Erbringt die GKV keine Vorleistung, weil ein Zahnarzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde, erstattet der Versicherer in den Tarifstufen Basis und Plus 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, in der Tarifstufe Premium 45% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2. Zahnbehandlung

für zahnärztliche Leistungen einschließlich zahntechnische Leistungen und Heil- und Kostenplan zusammen mit der Vorleistung der GKV: 80% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages in der Tarifstufe Plus, 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages in der Tarifstufe Premium. In der Tarifstufe Basis besteht kein Leistungsanspruch.

Als Zahnbehandlung gelten Zahnfüllungen (außer Inlays und Onlays), Parodontosebehandlungen, Wurzelbehandlungen, Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie notwendige Anästhesie-, radiologische-, funktionsanalytische- und funktionstherapeutische Leistungen im unmittelbaren Zusammenhang mit der Zahnbehandlung.

Erbringt die GKV keine Vorleistung, weil ein Zahnarzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde, erstattet der Versicherer in der Tarifstufe Plus 40% und in der Tarifstufe Premium 50% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. In der Tarifstufe Basis besteht kein Leistungsanspruch.

3. Kieferorthopädie

Für kieferorthopädische Leistungen einschließlich Sachkosten, Heil- und Kostenplan und für zahntechnische Leistungen sowie notwendige Anästhesie-, radiologische-, funktionsanalytische- und funktionstherapeutische Leistungen im unmittelbaren Zusammenhang mit kieferorthopädischen Leistungen, sofern mit der Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde:

Bei Vorliegen der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3 bis 5 ersetzt der Versicherer zusammen mit der Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung in den Tarifstufen Basis und Plus 80% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, wobei die Versicherungsleistung maximal 800 Euro pro Versicherungsjahr beträgt; in der Tarifstufe Premium 90% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, wobei die Versicherungsleistung maximal 900 Euro pro Versicherungsjahr beträgt.

Bei Vorliegen von KIG 1 und 2 wird im Versicherungsjahr in allen drei Tarifstufen ein Zuschuss von 300,- Euro gezahlt.

4. Zahnprophylaxe und Fissurenversiegelung

alle erstattungsfähigen Aufwendungen für zahnprophylaktische Leistungen, (z.B. professionelle Zahnreinigungen, Kariesrisikodiagnostik) sowie Fissurenversiegelungen. Der Versicherer ersetzt in den Tarifstufen Basis, Plus und Premium die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 100% bis zu jeweils 150,- Euro pro Versicherungsjahr.

Leistungsbegrenzungen in den ersten drei Versicherungsjahren

Die Erstattung von Aufwendungen für Zahnersatz, Zahnbehandlung und Kieferorthopädie ist insgesamt begrenzt auf einen Betrag von höchstens:

600,- Euro im ersten Versicherungsjahr,
1000,- Euro im zweiten Versicherungsjahr,
1500,- Euro im dritten Versicherungsjahr.

Die Begrenzung entfällt, wenn die zahnärztlichen Leistungen nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Zahnprophylaktische Leistungen und Fissurenversiegelungen sind von diesen Leistungsbegrenzungen ausgenommen.

Versicherungsjahr und betragsmäßige Festlegungen

Die betragsmäßigen Leistungsbegrenzungen gelten je versicherte Person und Versicherungsjahr. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen. Im ersten Versicherungsjahr reduzieren sich die betragsmäßigen Festlegungen für jeden im Kalenderjahr nicht versicherten Monat um ein Zwölftel. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindern sich die Beträge nicht.

Vorleistungen

Soweit Ansprüche gegenüber der GKV bestehen, sind diese auch wahrzunehmen. Voraussetzung für die Leistungspflicht des Versicherers ist die Vorlage der Originalrechnungen mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen bzw. einer Bestätigung der GKV über deren fehlende Leistungspflicht. Dies gilt nicht für zahnärztliche Leistungen der Zahnprophylaxe und nicht für zahnärztliche Leistungen der kieferorthopädischen Indikationsgruppen 1 und 2.

Hat die versicherte Person in der GKV einen Selbstbehalt nach § 53 SGB V (siehe Anhang) vereinbart, gilt dieser als Vorleistung der GKV. Ebenfalls als Vorleistung der GKV gilt bei kieferorthopädischen Maßnahmen der gesetzliche Eigenanteil nach § 29 Absatz 2 SGB V (siehe Anhang).

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Zahn-Zusatzversicherung nach Tarif AstraGKVZ 2022 (AVB AstraGKVZ 2022)

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1.1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

1.2 Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

1.3 Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Versicherungsfähig sind Mitglieder der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder Personen, die im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung haben.

Die Versicherungsfähigkeit nach dem Tarif AstraGKVZ 2022 entfällt für die versicherte Person mit Ende des Monats, in dem ihre Versicherung bei der GKV endet. Dasselbe gilt für eine mitversicherte Person mit einem Alter von unter 18 Jahren, wenn das Versicherungsverhältnis des im selben Versicherungsvertrag versicherten Versicherungsnehmers endet. Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person endet mit dem Wegfall ihrer Versicherungsfähigkeit im Tarif AstraGKVZ 2022.

1.4 Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, so setzt sich das Versicherungsverhältnis fort, sofern die Mitgliedschaft in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Familienversicherung weiterhin besteht. Der Versicherer bleibt in diesem Fall höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

1.5 Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung (AVB AstraGKVZ 2022), dem Tarif AstraGKVZ 2022 sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

1.6 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in den unter 1.4 genannten Staaten.

§ 2 Versicherungsjahr, Vertragsdauer, Beginn des Versicherungsschutzes

2.1 Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

2.2 Der Vertrag wird grundsätzlich für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform (z.B. Papierform, E-Mail, Fax) kündigt.

2.3 Der Versicherungsschutz beginnt, mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Dies gilt auch für bereits vor Vertragsabschluss dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person bekannt gewordene und zahnärztlich angeratene Heilbehandlungen.

Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder fällt.

2.4 Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Riskozuschläge ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt.

2.5 Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

§ 3 Wartezeitenverzicht

Der Versicherer verzichtet auf Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht und betragsmäßige Festlegungen

4.1 Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif AstraGKVZ 2022 und diesen AVB AstraGKVZ 2022. Der Versicherer ersetzt die erstattungsfähigen Aufwendungen soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

4.2 Der versicherten Person steht die Wahl unter den approbierten Zahnärzten frei. Die versicherte Person kann auch Behandlungen durch approbierte Zahnärzte in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) oder in Krankenhaus- und Notfallambulanzen in Anspruch nehmen.

4.3 Die vom Versicherungsschutz umfassten Leistungen werden dem Zeitpunkt zugerechnet, in dem sie erbracht, bezogen oder in Anspruch genommen wurden.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

5.1 Keine Leistungspflicht besteht

a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;

c) für Behandlung durch Zahnärzte und Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

d) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

5.2 Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet. Keine Leistungspflicht besteht in Deutschland für die Teile der Liquidation, die den Bestimmungen der gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten.

5.3 Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

5.4 Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Wird der Versicherungsfall zuerst uns gemeldet, treten wir in Vorleistung und werden uns zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden.

5.5 Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungspflichtige, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

6.1 Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Als Nachweise können Fotos oder Scans der Originalrechnungen verwendet werden. Dem Versicherer bleibt aber vorbehalten, zusätzlich die Vorlage der Originalrechnungen anzufordern. Rechnungszweitschriften mit Erstattungsvermerken eines anderen Versicherungsträgers werden Urschriften gleichgestellt. Die Rechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Leistungen des Zahnarztes (bei Heilbehandlungen in Deutschland mit Nummern des Gebührenverzeichnisses) und jeweiligem Behandlungsdatum.

6.2 Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

6.3 Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

6.4 Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro

umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigen Kurs erworben hat.

6.5 Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden. Überweisungen auf ein vom Versicherungsnehmer benanntes Konto in Deutschland erfolgen kostenfrei.

6.6 Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

6.7 Der Versicherer empfiehlt, dem Versicherer vor der eigentlichen Behandlung (Zahnersatz, Kieferorthopädie) ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Dies gibt dem Versicherer die Möglichkeit, den Versicherungsnehmer über die Höhe der voraussichtlichen Erstattung zu informieren. Eine Kürzung der Tarifleistung allein auf Grund eines fehlenden Heil- und Kostenplanes erfolgt nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

§ 8 Beitragszahlung

8.1 Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu dessen Zeitpunkt.

8.2 Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten Monatsbeitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern auf diese Rechtsfolge deutlich aufmerksam gemacht wurde und der Versicherungsnehmer die Nichtzahlung zu vertreten hat. Überdies kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, es sei denn der Versicherungsnehmer weist nach, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat

8.3 Die monatlichen Folgebeiträge sind zum Ersten des Monats fällig.

8.4 Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat. Der Versicherer wird den Versicherungsnehmer auf Kosten des Versicherungsnehmers in Textform zur Zahlung auffordern und dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn der Versicherer darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die mit dem Fristablauf verbunden sind. Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 2,50 Euro. Dem Versicherungsnehmer bleibt der Nachweis eines geringeren oder gar keinen Schadens beim Versicherer vorbehalten. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z.B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.

8.5 Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlungsaufforderung darauf hingewiesen wurde. Überdies kann der Versicherer den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsnehmer mit der Zahlungsaufforderung darauf hingewiesen hat. Hat der Versicherer gekündigt, und zahlt der Versicherungsnehmer danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

8.6 Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart (Lastschrift), gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zum Fälligkeitstag eingezogen werden kann und kein Widerspruch erfolgt. Widerruft der Beitragszahler seine Einzugsermächtigung, ist der Beitrag auf das vom Versicherer angegebene Konto zu zahlen. Kommt es im Lastschriftverfahren zu zwei oder mehr fehlgeschlagenen Einzugsversuchen, kann der Versicherer die Zahlung der ausstehenden und künftigen Beiträge durch Überweisung verlangen.

8.7 Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der

Versicherer zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

8.8 Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Bankverbindung zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung und Beitragsanpassung

8a.1 Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach anerkannten versicherungsmathematischen Grundsätzen und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Die monatlichen Beiträge sind ohne Altersrückstellung kalkuliert und richten sich nach der Beitragsgruppe des erreichten Alters. Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Erreicht die versicherte Person das erste Alter der jeweils folgenden Beitragsgruppe, ist der für diese höhere Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen. Die Beiträge werden jeweils getrennt für die Altersintervalle von 0 bis 18 Jahre, 19 bis 55 Jahre sowie ab 56 Jahre bestimmt.

Der zu zahlende Beitrag kann dem jeweils gültigen Versicherungsschein entnommen werden.

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen. Diese Beitragsänderung gilt nicht als Beitragserhöhung gemäß 8a.2.

8a.2 Die Ausgaben für Heilbehandlungsmaßnahmen können sich, z.B. wegen steigender Kosten im Gesundheitswesen oder einer häufigeren Inanspruchnahme von Heilbehandlungsmaßnahmen, ändern.

Dementsprechend vergleicht der Versicherer getrennt für jeden der drei Altersbereiche der drei Tarifstufen (Beobachtungseinheiten) die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt die Gegenüberstellung für die Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als fünf Prozent, werden alle Beiträge für diese Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst.

Von einer Beitragsanpassung wird abgesehen, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den unabhängigen Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

Die Änderung der Beiträge wird der Versicherer dem Versicherungsnehmer unter Angabe der maßgeblichen Gründe in Textform mitteilen. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung des Versicherers folgt.

Erhöht sich der Beitrag, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Beitragserhöhung wirksam wird.

Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

§ 9 Obliegenheiten

9.1 Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

9.2 Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person zur Feststellung des Leistungsfalles verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Zahnarzt untersuchen zu lassen. Die Zahnärzte, die die versicherte Person -auch aus anderen Anlässen- behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

9.3 Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

9.4 Bei einem anderen Versicherer darf eine weitere Krankheitskosten-Zusatzversicherung, die auch Leistungen für zahnärztliche Behandlung in Deutschland enthält, nur mit Einwilligung des Versicherers (astra Versicherung AG) abgeschlossen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

10.1 Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

10.2 Wird die in § 9 Abs. 4 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

10.3 Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

11.1 Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer in Textform abzutreten.

11.2 Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

11.3 Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

11.4 Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

13.1 Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

13.2 Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

13.3 Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zum Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

13.4 Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb dreier Monate nach Beendigung der Versicherung abzugeben.

Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben. Dies gilt auch für eine Kündigung aufgrund eines altersbedingten Wechsels in eine höhere Altersgruppe und für eine Kündigung im Rahmen von § 8a. 2 dieser AVB AstraGKVZ 2022.

13.5 Kündigungsrechte des Versicherungsnehmers bei Beitragserhöhungen finden sich in § 8a.1 und § 8a.2.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

14.1 Der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.

14.2 Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

14.3 Die außerordentliche Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

14.4 Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis außerordentlich insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13.4 S. 1 u. 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

15.1 Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

15.2 Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

15.3 Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1.4 genannten Staaten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

15.4 Liegt ein Ehescheidungsurteil vor, dann hat jeder Ehegatte das Recht, seine Vertragsteile als selbständiges Versicherungsverhältnis fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben.

15.5 Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person endet mit dem Wegfall ihrer Versicherungsfähigkeit. Die Versicherungsfähigkeit entfällt für die versicherte Person mit Ende des Monats, in dem ihre Versicherung bei der GKV endet. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen, Anschriften- und Namensänderung

16.1 Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

16.2 Änderungen seiner Anschrift oder seines Namens hat der Versicherungsnehmer unverzüglich mitzuteilen. Erfolgt keine unverzügliche Mitteilung, gelten Erklärungen, die der Versicherer mit eingeschriebenem Brief an die letzte ihm bekannte Anschrift sendet, drei Tage nach Absendung als zugegangen.

§ 17 Gerichtsstand

17.1 Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

17.2 Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

17.3 Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist oder in die Schweiz oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

18.1 Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

18.2 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

Die Änderungen von Versicherungsbedingungen wird der Versicherer dem Versicherungsnehmer unter Angabe der maßgeblichen Gründe in Textform mitteilen. Die Änderungen werden zu Beginn des 2. Monats wirksam, der auf diese Mitteilung folgt.

Stand: 22.11.2021

Anhang

SGB V (Sozialgesetzbuch V)

§ 29 Kieferorthopädische Behandlung (Auszug)

(2) Versicherte leisten zu der kieferorthopädischen Behandlung nach Absatz 1 einen Anteil in Höhe von 20 vom Hundert der Kosten an den Vertragszahnarzt. Satz 1 gilt nicht für im Zusammenhang mit kieferorthopädischer Behandlung erbrachte konservierend-chirurgische und Röntgenleistungen. Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, beträgt der Anteil nach Satz 1 für das zweite und jedes weitere Kind 10 vom Hundert.

§ 53 Wahltarife (Auszug)

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienvoraussetzungen vorzusehen.

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (Auszug)

(1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

VVG (Versicherungsvertragsgesetz)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

14.1 Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

14.2 Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

14.3 Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht (Auszug)

19.2 Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit (Auszug)

28.1 Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

28.2 Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

28.3 Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

28.4 Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

86.1 Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

86.2 Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

86.3 Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Stand 22.11.2021