

Zahnzusatzversicherung für Versicherte gesetzlicher Krankenkassen

AVB AstraZahn 2022 mit den Tarifstufen Perfekt/Plus/Mega/Sieger

Versicherer: astra Versicherung AG
Dudenstraße 46, 68167 Mannheim

Tarifliche Leistungen des Tarifs AstraZahn 2022 mit den Tarifstufen Perfekt/Plus/Mega/Sieger

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1. Zahnersatz

für zahnärztliche Leistungen einschließlich zahntechnischer Leistungen und einen Heil- und Kostenplan zusammen mit der Vorleistung* der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 75% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages in der Tarifstufe Perfekt 80% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages in der Tarifstufe Plus 90% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages in der Tarifstufe Mega 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages in der Tarifstufe Sieger.

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

Erbringt die GKV keine Vorleistung, weil ein Zahnarzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde oder nimmt der Versicherungsnehmer eine mögliche Vorleistung der GKV oder eines anderen Kostenträgers nicht in Anspruch, wird der tarifliche Erstattungssatz um 30%-Punkte vermindert.

Als Zahnersatz gelten

Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, Onlays, Venerers, implantatgetragener Zahnersatz, Implantate, hochwertige Kunststofffüllungen, implantologische Leistungen einschließlich hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, Keramikverblendungen bis zum Zahn 8 und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen,

insbesondere auch bei Zahnkronen Zahnbrücken und herausnehmbaren Prothesen), notwendige Anästhesie-, radiologische-, funktionsanalytische- und funktionstherapeutische Leistungen im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnersatz sowie labortechnische Kosten. Für hochwertige Kunststofffüllungen erstattet der Versicherer in allen Tarifstufen zusammen mit der Vorleistung der GKV oder eines anderen Kostenträgers 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Fehlende Zähne

Anträge sind mit bis zu drei fehlenden und nicht ersetzten Zähnen annahmefähig, wobei nur für einen fehlenden Zahn Versicherungsschutz besteht. Bei mehr als drei fehlenden und nicht ersetzten Zähnen ist ein Vertragsschluss nicht möglich. Unter Abschnitt 6. Begrenzungen zum Vertragsbeginn (Leistungsstufen) sind die Höchstgrenzen der gesamten Erstattungsfähigkeit aus der Summe der Aufwendungen von Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie innerhalb der Zeiträume von 0 - 48 Monaten aufgeführt. In den Leistungsstufen wird auch die Anzahl fehlender und nicht ersetzter Zähne berücksichtigt.

*Als Vorleistung der GKV gilt auch ein für die versicherte Person mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt (GKV-Wahltarif mit Selbstbehalt) oder ein verbleibender Eigenanteil, weil eine kieferorthopädische Behandlung abgebrochen wurde.

2. Zahnbehandlung

für zahnärztliche Behandlungsleistungen und einen Heil- und Kostenplan zusammen mit der Vorleistung* der GKV oder eines anderen Kostenträgers 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages in allen vier Tarifstufen.

a) Als Zahnbehandlung gelten

Zahnfüllungen (soweit nicht unter Zahnersatz aufgeführt), Parodontalbehandlung, Schleimhauttransplantation, Wurzelbehandlung, Wurzelspitzenresektion, Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (soweit sie nicht unter die Sonderleistungen Knirscher- und Aufbisssschienen sowie DROS-Schienen fallen) 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 oder nimmt der Versicherungsnehmer eine mögliche Vorleistung der GKV oder eines anderen Kostenträgers nicht in Anspruch, wird der tarifliche Erstattungssatz um 30%-Punkte vermindert.

b) Für nachfolgende Sonderleistungen der Zahnbehandlung gelten in den Tarifstufen zusammen mit der Vorleistung der GKV oder eines anderen Kostenträgers abweichende Erstattungssätze (Vj=Versicherungsjahr):

	Perfekt	Plus	Mega	Sieger
Laserbehandlung	75%	80%	90%	100%
Vollnarkose bei Behandlungen	75% max. 150 € im Vj.	80% max. 175 € im Vj.	90% max. 200 € im Vj.	100% max. 250 € im Vj.
Akupunktur zur Schmerzlinderung	75% max. 150 € im Vj.	80% max. 175 € im Vj.	90% max. 200 € im Vj.	100% max. 250 € im Vj.
Hypnose zur Schmerzlinderung	75% max. 150 € im Vj.	80% max. 175 € im Vj.	90% max. 200 € im Vj.	100% max. 250 € im Vj.
OP-Mikroskop	75%	80%	90%	100%
CEREC-Behandlung	75%	80%	90%	100%
Digitale Volumentomographie	75%	80%	90%	100%
Vektor-Technologie b. Parodontose	75%	80%	90%	100%
Photoaktivierte Chemotherapie bei Parodontose	75%	80%	90%	100%
Bakterienanalysen und DNA-Test bei Parodontose	75%	80%	90%	100%
Wurzellängenmessung pro Leistungsfall	100% max. 300 €	100% max. 400 €	100% max. 800 €	100% max. 1000 €
Knirscher- und Aufbisssschienen	75%	80%	90%	100%
DROS-Schienen	-	-	-	100%

Die Leistungen zu Knirscher- und Aufbisssschienen können frühestens 2 Jahre nach der ersten dafür erstattungsfähigen Heilbehandlung und dann jeweils im Abstand von mindestens 2 Jahren auf die letzte erstattungsfähige Heilbehandlung in Anspruch genommen werden. Sie sind jeweils begrenzt auf 150 Euro in der Tarifstufe Perfekt, auf 200 Euro in der Tarifstufe Plus, auf 300 Euro in der Tarifstufe Mega und auf 600 Euro in der Tarifstufe Sieger. In der Tarifstufe Sieger (nicht in den anderen drei Tarifstufen) erstattet der Versicherer darüber hinaus DROS-Schienen zu 100%, begrenzt auf 600 Euro. Hierbei gilt die 2 Jahresregelung für Leistungen zu Knirscher- und Aufbisssschienen entsprechend.

*Als Vorleistung der GKV gilt auch ein für die versicherte Person mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt (GKV-Wahltarif mit Selbstbehalt) oder ein verbleibender Eigenanteil, weil eine kieferorthopädische Behandlung abgebrochen wurde.

3. Zahnprophylaxe

für Aufwendungen zu Kariesrisikodiagnostik, Fluoridierung, Mundhygienestatus sowie Fissurenversiegelungen in allen vier Tarifstufen 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Für Aufwendungen zu professionellen Zahnreinigungen gilt eine Begrenzung im Versicherungsjahr auf 160 Euro in den Tarifstufen Perfekt und Plus, auf 180 Euro in der Tarifstufe Mega und auf 200 Euro in der Tarifstufe Sieger. Einzelne Rechnungsstellungen sind nur bis zu einem Betrag von bis zu 100 Euro erstattungsfähig.

Aufwendungen für Zahnbleaching sind erstmals für Behandlungen ab dem 25. Monat nach Vertragsbeginn erstattungsfähig, danach frühestens 2 Jahre nach der ersten erstattungsfähigen Behandlung und dann jeweils im Abstand von mindestens 2 Jahren auf die letzte erstattungsfähige Behandlung. Die erstattungsfähigen Aufwendungen pro abgeschlossener Behandlung sind in den Tarifstufen wie folgt begrenzt:

	Perfekt	Plus	Mega	Sieger
0 - 25 Jahre	0 €	0 €	0 €	0 €
26 - 30 Jahre	0 €	50 €	0 €	0 €
31 - 35 Jahre	50 €	30 €	0 €	300 €
36 - 40 Jahre	30 €	100 €	100 €	200 €
41 - 45 Jahre	50 €	50 €	50 €	300 €
46 - 50 Jahre	100 €	30 €	100 €	200 €
51 - 55 Jahre	100 €	100 €	0 €	400 €
56 - 60 Jahre	100 €	100 €	0 €	200 €
ab 61 Jahre	50 €	100 €	0 €	50 €

4. Kieferorthopädie Kinder und Jugendliche

für kieferorthopädische Leistungen einschließlich Sachkosten, Heil- und Kostenplan und für zahntechnische Leistungen wie Invisalign-Therapie, Lingualtechnik, Mini-Brackets, Kunststoff-Brackets, Keramik-Brackets, Retainer, farblose Bögen 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 hierbei zusammen mit der Vorleistung* der GKV oder eines anderen Kostenträgers

75% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages in der Tarifstufe Perfekt, für die gesamte Vertragslaufzeit maximal 700 Euro

80% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages in der Tarifstufe Plus, für die gesamte Vertragslaufzeit maximal 750 Euro

90% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages in der Tarifstufe Mega, für die gesamte Vertragslaufzeit maximal 1250 Euro

100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages in der Tarifstufe Sieger, für die gesamte Vertragslaufzeit maximal 2000 Euro.

Bei unfallbedingter Kieferorthopädie gelten die gleichen Regelungen.

Bei Vorliegen der kieferorthopädischen Indikationsgruppe (KIG) 2 ersetzt der Versicherer

75% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages in der Tarifstufe Perfekt, für die gesamte Vertragslaufzeit maximal 1250 Euro

80% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages in der Tarifstufe Plus, für die gesamte Vertragslaufzeit maximal 1500 Euro

90% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages in der Tarifstufe Mega, für die gesamte Vertragslaufzeit maximal 2500 Euro

100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages in der Tarifstufe Sieger, für die gesamte Vertragslaufzeit maximal 4000 Euro.

Bei unfallbedingter Kieferorthopädie gelten die gleichen Regelungen.

*Als Vorleistung der GKV gilt auch ein für die versicherte Person mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt (GKV-Wahltarif mit Selbstbehalt) oder ein verbleibender Eigenanteil, weil eine kieferorthopädische Behandlung abgebrochen wurde.

5. Kieferorthopädie Erwachsene

für unfallbedingte kieferorthopädische Leistungen einschließlich Sachkosten, Heil- und Kostenplan und zahntechnische Leistungen wie Invisalign-Therapie, Lingualtechnik, Mini-Brackets, Kunststoff-Brackets, Keramik-Brackets, Retainer, farblose Bögen sowie notwendige Anästhesie-, radiologische-, funktionsanalytische- und funktionstherapeutische Leistungen im unmittelbaren Zusammenhang mit kieferorthopädischen Leistungen, sofern mit der Behandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde. Der Versicherer ersetzt hierbei zusammen mit der Vorleistung* der GKV oder eines anderen Kostenträgers über die gesamte Vertragslaufzeit:

75% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages in der Tarifstufe Perfekt, für die gesamte Vertragslaufzeit maximal 1250 Euro

80% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages in der Tarifstufe Plus, für die gesamte Vertragslaufzeit maximal 1500 Euro

90% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages in der Tarifstufe Mega, für die gesamte Vertragslaufzeit maximal 2500 Euro

100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages in der Tarifstufe Sieger, für die gesamte Vertragslaufzeit maximal 4000 Euro.

*Als Vorleistung der GKV gilt auch ein für die versicherte Person mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt (GKV-Wahltarif mit Selbstbehalt) oder ein verbleibender Eigenanteil, weil eine kieferorthopädische Behandlung abgebrochen wurde.

6. Begrenzungen zum Vertragsbeginn (Leistungsstaffeln)

Höchstgrenzen der gesamten Erstattungsfähigkeit aus der Summe der Aufwendungen von Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie innerhalb der Zeiträume von 0 - 48 Monaten.

Unfallbedingte tarifliche Leistungen werden hierbei nicht angerechnet.

Zahnbehandlung = ZB

Zahnersatz = ZE

Kieferorthopädie = KFO

Tarifstufe	Perfekt/Plus ZB, ZE, KFO	Mega ZB, ZE, KFO	Sieger ZB, ZE, KFO
Leistungsstaffel 1			
0 - 12 Monate	1000 €	1250 €	1500 €
0 - 24 Monate	2000 €	2500 €	3000 €
0 - 36 Monate	3000 €	3750 €	4500 €
0 - 48 Monate	4000 €	5000 €	6000 €

Leistungsstaffel 2 (2 fehlende, nicht ersetzte Zähne)			
0 - 12 Monate	500 €	750 €	1000 €
0 - 24 Monate	1000 €	1500 €	2000 €
0 - 36 Monate	1500 €	2250 €	3000 €
0 - 48 Monate	2000 €	3000 €	4000 €

Leistungsstaffel 3 (3 fehlende, nicht ersetzte Zähne)			
0 - 12 Monate	100 €	300 €	500 €
0 - 24 Monate	200 €	600 €	1000 €
0 - 36 Monate	300 €	900 €	1500 €
0 - 48 Monate	400 €	1200 €	2000 €

7. Leistungen für angeforderte Nachweisungen

Verlangt der Versicherer im Rahmen der Prüfung eines Leistungsanspruches ergänzende zahnärztliche Nachweise, sind die dem VN hierfür vom Behandler in Rechnung gestellten Kosten (Auslagenersatz) im gleichen Umfang erstattungsfähig wie Zahnbehandlungen gemäß Ziffer 2 a).

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Zahnzusatzversicherung (AVB AstraZahn 2022)

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes, Wechselrecht

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. Bei im Zeitpunkt der Antragstellung mehr als drei fehlenden und nicht ersetzten Zähnen ist ein Vertragsabschluss nicht möglich. Die Versicherungsfähigkeit nach dem Tarif AstraZahn 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 AstraZahn 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. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb eines in Satz 1 bezeichneten Staates, endet insoweit das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats, in welchem der gewöhnliche Aufenthalt verlegt wird.

1.5.

a) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zahnzusatzversicherung (AVB AstraZahn 2022), der vereinbarten Tarifstufe sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

b) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass der Versicherer Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart. Für zum Zeitpunkt des Wechsels laufende Versicherungsfälle gilt auch nach dem Wechsel der tarifliche Leistungsinhalt des bisherigen Tarifs.

1.6. Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Für Versicherungsfälle im Ausland gelten die in Ziffer 1.5 genannten vertraglichen Regelungen mit der Maßgabe, dass bei Nichtbeteiligung der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung am erstattungsfähigen Rechnungsbetrag der tarifliche Erstattungssatz bei Leistungen für Zahnersatz und kieferorthopädischen Behandlungen um 30% Punkte und bei Zahnbehandlungsmaßnahmen um 30% Punkte verringert wird.

§ 2 Abschluss und Vertragsdauer, Beginn des Versicherungsschutzes

2.1. Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des Antrags zustande. Die Dauer der Versicherung beläuft sich auf 24 Monate (2 Versicherungsjahre) ab Beginn und verlängert sich um je 12 Monate (1 Versicherungsjahr), wenn diese nicht vom Versicherungsnehmer in Textform (z.B. Papierform, E-Mail, Fax) mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende der Vertragsdauer gekündigt wird. Innerhalb des jeweiligen Verlängerungszeitraums kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende der Vertragsdauer kündigen.

2.2. 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 Heilbehandlungen, deren Notwendigkeit dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person bereits vor Abschluss des Versicherungsvertrages bekannt war bzw. die vor Abschluss des Versicherungsvertrages zahnärztlich oder ärztlich angeraten wurden. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.

2.3. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz 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. Neugeborene werden hinsichtlich der tariflichen Einstufung unter 6. Begrenzungen zum Vertragsbeginn (Leistungsstufen) der Leistungsstufe 1 zugeordnet.

2.4. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Für deren tarifliche Einstufung unter 6. Begrenzungen zum Vertragsbeginn (Leistungsstufen) werden Milchzähne oder Weisheitszähne nicht berücksichtigt.

§ 3 Wartezeitenverzicht

Der Versicherer verzichtet auf Wartezeiten. Für die Tarifleistung Zahnbleaching gilt eine Sonderregelung (siehe Ziffer 3 der Tarifleistungen).

§ 4 Umfang der Leistungspflicht, Geltungsbereich

4.1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus diesen AVB AstraZahn 2022 und der vereinbarten Tarifstufe. 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.

GOZ-Zukunfts-Garantie:

Der Versicherer garantiert, dass neu in die GOZ hinzukommende - also zum Vertragsabschluss noch unbekannte - medizinisch notwendige zahnärztliche oder kieferorthopädische Heilbehandlungsmaßnahmen zukünftig mitversichert sind.

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. Im Ausland können die im jeweiligen Land zur zahnärztlichen Behandlung zugelassenen Zahnärzte in Anspruch genommen werden.

4.4. 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 im Rahmen der AVB Astra-Zahn2022 und der abgeschlossenen Tarilstufe nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

5.4 Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen einen anderen Erstattungspflichtigen, so geht dieser Anspruch dem Anspruch gegenüber dem Versicherer vor.

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, Heil- und Kostenplan

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 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.

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

6.5 Eine rechtskonforme Abtretung oder Verpfändung ist dem Versicherer gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie dem Versicherer vom bisher Berechtigten in Textform angezeigt worden ist.

6.6 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 bezieht 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 Versicherer 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, Versicherungssteuer

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 ab dem Monat Februar des betreffenden Kalenderjahres zu zahlen.

Die Beiträge werden jeweils getrennt für die Altersintervalle von 0-15 Jahre, 16-20 Jahre, 21-25 Jahre, 26-30 Jahre, 31-35 Jahre, 36-40 Jahre, 41-45 Jahre, 46-50 Jahre, 51-55 Jahre, 56-60 Jahre sowie ab 61 Jahre bestimmt.

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

Die derzeit gültigen Beitragsgruppen können der Tabelle entnommen werden, welche sich am Ende dieser AVB befinden.

Der Versicherungsnehmer kann aufgrund des Wechsels in ein anderes Altersintervall 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 elf Altersbereiche der vier Tarilstufen (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.

8a.3 Der Versicherungsvertrag ist gemäß § 4 Versicherungssteuergesetz (siehe Anhang) nicht versicherungssteuerpflichtig, wenn er sich auf Personen aus dem im Anhang aufgeführten Personenkreis (§ 7 Pflegezeitgesetz, § 15 Abgabenordnung) erstreckt. Für dort nicht aufgeführte Personen ist der Abschluss eines Versicherungsvertrages nicht möglich. Wird das Versicherungsverhältnis einer nicht versicherungssteuerpflichtigen Person während der Vertragslaufzeit versicherungssteuerpflichtig, hat der Versicherungsnehmer dies dem Versicherer rechtzeitig zu melden. Das Versicherungsverhältnis wird dann in einen versicherungssteuerpflichtigen Versicherungsvertrag umgewandelt.

§ 9 Obliegenheiten

9.1 Der Versicherungsnehmer und die 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, sowie 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 infolgedessen 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 gemäß den Regelungen unter § 2.1 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 AstraZahn 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 selbstständiges 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 höchststrichterliche 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.

Beitragsgruppen gültig ab 01.07.2025

Tarifstufe	Perfekt	Plus	Mega	Sieger
Bis 15 Jahre	14,09 €	17,56 €	25,61 €	35,13 €
16 bis 20 Jahre	15,90 €	19,10 €	26,50 €	35,24 €
21 bis 25 Jahre	12,26 €	12,57 €	15,32 €	15,78 €
26 bis 30 Jahre	12,06 €	14,17 €	14,87 €	15,21 €
31 bis 35 Jahre	12,17 €	12,83 €	14,91 €	27,99 €
36 bis 40 Jahre	12,87 €	16,81 €	20,79 €	28,69 €
41 bis 45 Jahre	15,27 €	17,48 €	22,58 €	36,54 €
46 bis 50 Jahre	18,41 €	18,87 €	27,28 €	37,78 €
51 bis 55 Jahre	20,79 €	24,22 €	29,02 €	51,12 €
56 bis 60 Jahre	22,89 €	27,06 €	33,51 €	51,26 €
Ab 61 Jahre	23,65 €	32,29 €	41,77 €	59,37 €

Stand: 04.06.2025

Anhang

SGB V (Sozialgesetzbuch V)

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (Auszug)

95.1 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)

19.1 Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet. 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 Auskunfts- 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 Versicherungs-

nehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritte 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.

Versicherungssteuergesetz (VersStG 2021) Auszug

§ 4 Ausnahmen von der Besteuerung

(1) Von der Besteuerung ausgenommen ist die Zahlung des Versicherungsentgelts für

5. für eine Versicherung, durch die Ansprüche auf Kapital-, Renten- oder sonstige Leistungen begründet werden

a) im Fall des Todes, des Erlebens oder des Alters oder
b) im Fall der Krankheit, der Pflegebedürftigkeit, der Berufs- oder der Erwerbsunfähigkeit oder der verminderten Erwerbsfähigkeit, sofern diese Ansprüche der Versorgung der natürlichen Person, bei der sich das versicherte Risiko realisiert (Risikoperson), oder der Versorgung von deren nahen Angehörigen im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes oder von deren Angehörigen im Sinne des § 15 der Abgabenordnung dienen.
[...]

§ 9 Erstattung, Nachentrichtung der Steuer

[...]

7. Ist die Steuer nach den Absätzen 5 und 6 nachzuentrichten, so ist der Versicherer zum Zweck der Steuerentrichtung berechtigt, die Steuer beim Versicherungsnehmer nachträglich einzufordern oder im Leistungsfall die Versicherungsleistung entsprechend zu kürzen.

Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz - PflegeZG) Auszug

§ 7 Begriffsbestimmungen

(3) Nahe Angehörige im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
2. Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner,
3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

Abgabenordnung §15

(1) Angehörige sind:

1. der Verlobte,
 2. der Ehegatte oder Lebenspartner,
 3. Verwandte und Verschwägte gerader Linie,
 4. Geschwister,
 5. Kinder der Geschwister,
 6. Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner,
 7. Geschwister der Eltern,
 8. Personen, die durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind (Pflegeeltern und Pflegekinder).
- (2) Angehörige sind die in Absatz 1 aufgeführten Personen auch dann, wenn
1. in den Fällen der Nummern 2, 3 und 6 die die Beziehung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht;
 2. in den Fällen der Nummern 3 bis 7 die Verwandtschaft oder Schwägerschaft durch Annahme als Kind erloschen ist;
 3. im Fall der Nummer 8 die häusliche Gemeinschaft nicht mehr besteht, sofern die Personen weiterhin wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind.

Verordnung zur Durchführung des Versicherungsteuergesetzes (Versicherungsteuer-Durchführungsverordnung - VersStDV 2021) Auszug

§ 4 Informationsanspruch des Steuerentrichtungsschuldners

Zur Gewährleistung eines ordnungsgemäßen Besteuerungsverfahrens ist der Steuerentrichtungsschuldner berechtigt, von allen an der Begründung oder Durchführung eines Versicherungsverhältnisses Beteiligten Informationen über die für die Besteuerung erheblichen Tatsachen zu verlangen. Hierzu gehören insbesondere

1. der Eintritt von Umständen nach Begründung des Versicherungsverhältnisses, die zu einer Steuerpflicht der Zahlung von Versicherungsentgelt führen;
[...]
3. der Eintritt der für die Nachversteuerung im Sinne des § 9 Absatz 5 und 6 des Gesetzes maßgebenden Umstände;
[...]

Stand 04.06.2025