



# Allgemeine Versicherungsbedingungen

Tarif Zahnschutz

Tarifstufe zahnschutz *90*

Ausgabe 11/2023

## Inhaltsverzeichnis

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

## § 1 Allgemeine Grundsätze und Versicherungsfähigkeit

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

2. Den Tarif zahnschutz<sup>90</sup> können Sie abschließen und weiterführen, wenn und solange für Sie ein Leistungsanspruch bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einem vergleichbaren Kostenträger besteht und Sie Ihren Hauptwohnsitz in der BRD haben.

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

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

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

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

6. Die Ihnen im Laufe der Vertragsdauer obliegenden Anzeigen und Erklärungen, sowie Zahlungen gelten dem Risikoträger (vgl. § 12) gegenüber als zugegangen, wenn sie bei der asano AG eingegangen sind. Die asano AG ist bevollmächtigt, Ihre Zahlungen für den Risikoträger mit befreiender Wirkung für Sie entgegenzunehmen.

## § 2 Leistungen des Versicherungsvertrages

1. Wir leisten, wenn einer im Tarif zahnschutz<sup>90</sup> versicherten Person während der Versicherungsdauer eine medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlung (Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie) von einem approbierten, niedergelassenen Zahnarzt erstmals angeraten oder eine bisher noch nicht begonnene Maßnahme durchgeführt wird.

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

Von der Erstattung ebenfalls ausgeschlossen sind Aufwendungen für Zahnbehandlungsmaßnahmen, die nicht medizinisch notwendig waren. Es sei denn, sie sind in dieser Tarifstufe ausdrücklich zugesichert.

Leistungsvoraussetzung bei Zahnersatzmaßnahmen sind bei Vertragsabschluss vorhandene Zähne oder dauerhafter Zahnersatz. Demnach besteht für bei

Vertragsabschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne einschließlich nicht angelegter Zähne kein Leistungsanspruch.

Eine Wartezeit besteht nicht.

2. Als Zahnbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:

Wurzelkanalbehandlung und Wurzelspitzenresektion, hochwertige Einlagefüllung aus Edelmetall oder Keramik (Inlays), Aufbaufüllung, Gussfüllung, Kunststoff-/Kompositfüllung, Onlay, Parodontalbehandlung, parodontal-chirurgische-Therapie einschließlich der Anwendung eines Lasers, Aufbiss- und/oder Knirscher-Schiene sowie die in diesem Zusammenhang stehenden zahnärztlichen Leistungen, benötigte Hilfsmittel, Bildaufnahmen jeglicher Art der Erzeugung, die zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien jeglicher Art und Güte.

2.1 Für die unter Ziff.2. genannten, medizinisch notwendigen Zahnbehandlungen erstatten wir, zusammen mit den Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder eines sonstigen Kostenträgers, 90% der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen, sofern diese nach den Vorgaben und Inhalten der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnet wurden.

Bei fehlendem gesetzlichen Leistungsanspruch gegenüber einer GKV oder bei einem anderen Kostenträger oder z. B. bei Kostenrechnungen von Zahnärzten ohne Kassenzulassung ersetzen wir Ihnen generell 65% der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen.

Für eine parodontal-chirurgische-Therapie leisten wir einen Zuschuss, zusätzlich zur Leistung der GKV, von maximal 300 EUR je Versicherungsjahr.

Für die Herstellung von bildgebendem Material im 3D- oder CT-Verfahren begrenzen wir die Leistungen auf den 1-fachen Gebührensatz (GOZ).

3. Für die zahnmedizinische Individualprophylaxe oder eine professionelle Zahnreinigung (PZR) oder professionelle Prothesenreinigung leisten wir bis 100% der erstattungsfähigen Kosten, jedoch höchstens 150 EUR je Versicherungsjahr. Leistungen oder auch Bonuszahlungen einer GKV oder eines anderen Kostenträgers gehen vor.

In-Office-Bleaching (zahnaufhellende Maßnahme in der Zahnarztpraxis). Für diese Leistung erstatten wir Ihnen zusammen mit den Leistungen für die Zahn- oder Prothesenreinigung (Abs.1) maximal 150 EUR je Versicherungsjahr.

3.1 Wir ersetzen die erstattungsfähigen Kosten für die zahnmedizinische Individualprophylaxe. Das sind Aufwendungen für Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Dazu zählen die Erstellung eines Mundhygienestatus, die eingehende Unterweisung zur Vorbeugung von Karies und parodontalen Erkrankungen, die Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung, die Kontrolle des Übungserfolges, die

Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung, die Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit ausgehärtetem Kunststoff (Fissurenversiegelung), die Behandlung überempfindlicher Zähne, die Erstellung eines Parodontalstatus einschließlich Parodontaldiagnostik, die Beseitigung von scharfen Zahnkanten, den groben Vorkontakt der Okklusion und Zahnbelägen, die subgingivale Konkremententfernung (z. B. mit Ultraschallverfahren, einem Dental-Laser oder der Vector-Methode), die Wurzelglättung sowie die Gingivakürettage.

4. Wir leisten für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung, wenn die versicherte Person bei Beginn der Behandlung das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und von einem approbierten, niedergelassenen Fachzahnarzt erstmals angeraten oder bei der versicherten Person durchgeführt wird.

Als kieferorthopädische Behandlung gelten:

- Kieferorthopädie mit den vorbereitenden Maßnahmen, der Diagnose, Behandlung und Prävention von Zahn- und Kieferfehlstellungen für die Indikationsgruppen 1 bis 5 (Einstufung der Zahn- und Kieferfehlstellung je nach Schweregrad).
- Vom Fachzahnarzt im Zusammenhang mit seiner kieferorthopädischen Maßnahme durchzuführende funktionsanalytische-, funktionstherapeutische-Leistung und sonstige für die Behandlung erforderlichen kieferorthopädischen Leistungen.
- Hilfsmittel sowie die Material- und Laborkosten, die bei der aufgeführten kieferorthopädischen Maßnahme anfallen.

4.1. Für die unter Ziff.4 genannten Leistungen ersetzen wir in der Tarifstufe zahnschutz<sup>90</sup> während der gesamten Vertragslaufzeit bis 2.000 EUR, zusätzlich zu den Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers, höchstens jedoch 90% der gesamten erstattungsfähigen privatärztlichen Mehraufwendungen. Für den Eigenanteil, welcher aufgrund einer nicht planmäßig beendeten kieferorthopädischen Behandlung entsteht, wird nicht geleistet.

4.2. Bei Erwachsenen ab dem 21. Lebensjahr ersetzen wir eine kieferorthopädische Behandlung, wenn diese unmittelbar in Folge eines Unfalls zur Wiederherstellung des Zahnapparates durchgeführt wird. Die Leistungen (§ 2 Ziff. 4 & Ziff. 4.1) erstatten wir je Fall, höchstens jedoch 2x während der Vertragslaufzeit. Kosmetische Leistungen sind nicht eingeschlossen.

5. Als Zahnersatz im Sinne dieser Bedingungen gelten: Stiftzähne, Teil- und Vollkronen, Overlays, Brücken, Brückenglieder, deren Verblendung bis Zahn 7. Implantat getragener Zahnersatz, Veneer, Teil- und Voll-Prothesen sowie die Reparaturen am Zahnersatz.

Als implantologische Leistungen gelten:

Knochenaufbau, Implantate, Direktimplantate.

Einschließlich der in diesem Zusammenhang stehenden zahnärztlichen Leistungen wie u. a. die Funktionsanalyse, benötigte Hilfsmittel, Bildaufnahmen (vgl. §2 Ziff. 2. & §2 Ziff. 2.1) die zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien jeglicher Art und Güte (z. B. Zirkonoxid oder Cerec).

5.1. Für die medizinisch notwendigen Aufwendungen leisten wir, zusammen mit den Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder eines sonstigen Kostenträgers 90% der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen am Zahnersatz.

Für implantologische Leistungen bis einschließlich Zahn 7 ersetzen wir zusammen mit den gesetzlichen Leistungen max. 90% der Gesamtaufwendungen bis zu höchstens 3 Implantatinsertionen und Begleitleistungen je Versicherungsjahr.

Bei fehlendem gesetzlichen Leistungsanspruch gegenüber einer GKV oder bei einem anderen Kostenträger oder z. B. bei Kostenrechnungen von Zahnärzten ohne Kassenzulassung ersetzen wir Ihnen generell 65% der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen.

6. Schmerz- und angstlindernde Maßnahmen, wie z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung und Dämmerschlaf, sofern diese in einer Zahnarztpraxis in Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Maßnahme angewendet werden.

Wir ersetzen 100% der erstattungsfähigen Kosten, maximal jedoch 250 EUR je Versicherungsjahr.

7. Generell gilt für die erbrachten Leistungen, deren Aufwendungen erstattungsfähig sind, sofern die Gebühren im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen berechnet werden.

Erstattungen für Leistungen, die über den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnungen liegen, werden im Einzelfall geprüft. Erstattungsfähig sind diese Aufwendungen nur dann, wenn die durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwerisse begründet und nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sind.

Bei der Erstattung für zahntechnische Laborkosten und Materialien orientieren wir uns ebenso an den Grundsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOZ & GOÄ). Die Prüfung einer angemessenen Honorierung zur erbrachten Leistung und ggf. einer Kürzung der Ersatzleistung behalten wir uns ausdrücklich vor.

Entsprechendes gilt für Aufwendungen im Ausland erbrachter Leistungen.

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

- im ersten Versicherungsjahr auf **1.000 EUR**
- in den ersten 2 Versicherungsjahren **2.000 EUR**
- in den ersten 3 Versicherungsjahren **3.000 EUR**
- in den ersten 4 Versicherungsjahren **4.000 EUR**

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

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

Mit einem Tarifwechsel in die nächsthöhere Tarif-Leistungsklasse rechnen wir die Laufzeit der ursprünglichen Tarifstufe (aus dem in die höhere gewechselt wird), maximal jedoch 2 Versicherungsjahre an.

Aus einem externen Versicherungstarif (Vorversicherung) können wir die Vorversicherungsjahre (maximal 2 Versicherungsjahre) anrechnen, wenn die Leistungen der Vorversicherung mindestens dem Leistungsniveau der Tarifstufe „zahnschutz 70“ entsprochen haben.

### § 3 Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit

#### 1. Antrag auf Beitragsbefreiung

Wir befreien Sie unter Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes auf Antrag von Ihrer Verpflichtung, die laufenden Versicherungsbeiträge für diese „Tarifstufe“ zu entrichten, wenn Sie während der Laufzeit des Vertrages arbeitsunfähig werden. Die Beitragsbefreiung bezieht sich im Versicherungsfall nur auf künftig fällig werdende Beiträge, nicht jedoch auf bereits gezahlte Beiträge.

Sie müssen als Versicherungsnehmer von der Arbeitsunfähigkeit betroffen sein. Die Arbeitsunfähigkeit eines mitverdienenden Lebenspartners oder einer anderen in Ihrem Haushalt ständig lebenden Person oder einer versicherten Person, die nicht Versicherungsnehmer ist, ist nicht versichert.

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

Sofern Sie einen Antrag auf Beitragsbefreiung gestellt haben, sind Sie verpflichtet, die vereinbarten Versicherungsbeiträge bis zum Zeitpunkt unserer Entscheidung über Ihren Antrag weiter zu entrichten. Endet die Beitragsbefreiung, weil Sie wieder ins Berufsleben eingegliedert wurden oder die maximale

Leistungsdauer (Maximalzeitraum) erreicht ist, erstatten wir Ihnen die bezahlten Beiträge für die Dauer der Beitragsbefreiung zurück. Für die Rückzahlung der bezahlten Beiträge wird die Anzahl der vollständigen Monate (30 Tage) zu Grunde gelegt.

#### Arbeitsunfähigkeit

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

#### 2. Ausschluss der Beitragsbefreiung

Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung besteht nicht:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 4. Dauer der Beitragsbefreiung

Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung wegen Arbeitsunfähigkeit besteht jeweils für die tatsächliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit, längstens jedoch für insgesamt 12 Monate (Maximalzeitraum). Innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren ist eine erneute Beitragsbefreiung ausgeschlossen. Die Frist für die Ausschlussdauer beginnt nach dem Maximalzeitraum eines Versicherungsfalles. Der Vertrag wird auch während der Dauer der Beitragsbefreiung beitragspflichtig fortgeführt.

#### § 4 Eintritt des Versicherungsfalles

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

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

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

4. Der Anspruch auf Auszahlung der Versicherungsleistung steht grundsätzlich dem Versicherungsnehmer zu. Der Versicherungsnehmer kann auch eine versicherte Person in Textform als Empfangsberechtigten für die Versicherungsleistung benennen. Die asano AG ist dann verpflichtet, entsprechend dieser Empfangsberechtigung, ausschließlich an die benannte Person zu leisten.

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können im Übrigen ohne unsere Zustimmung weder abgetreten noch verpfändet oder in sonstiger Weise auf fremde Dritte übertragen werden.

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

#### § 5 Obliegenheiten

1. Bitte beachten Sie, dass Sie und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person auf Verlangen der asano AG hin jede Auskunft zu erteilen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach erforderlich ist.

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

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

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

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

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

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

#### 4. Bereicherungsverbot

Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere

Kostenträger bzw. Erstattungspflichtige, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

#### 5. Obliegenheitsverletzung

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

### § 6 Beitrag

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

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

3. Sobald eine versicherte Person das 21., 35., 45., 55. bzw. 66. Lebensjahr vollendet hat, ist ab dem Monat des eintretenden Ereignisses der für die neue Altersklasse gültige Jahresbeitrag zu zahlen.

### § 7 Beitragszahlung

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

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

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

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

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

6. Erreicht eine versicherte Person die nächste Altersstufe, hat sie ab dem Monat des eintretenden Ereignisses den für die neue Altersklasse gültigen Beitrag zu zahlen.

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

### § 8 Beitragsverwendung für die Nachhaltigkeit

Der Risikoträger berücksichtigt bei seiner Kapitalanlage ethische, soziale und ökologische Belange und investiert einen Teil der erzielten Beitragseinnahmen in nachhaltige Kapitalanlagen. Es wird bestätigt, dass die Anlage in nachhaltige Kapitalanlagen, im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Möglichkeiten, mindestens in der Höhe des Beitragsaufkommens dieser Produktlinie erfolgt. Die Kapitalanlage unseres Unternehmens entspricht insoweit den folgenden Grundsätzen nachhaltiger Kapitalanlagen:

#### Positivkriterien

Erzeugung und Nutzung regenerativer Energieformen, Klimaschutz, effiziente Nutzung von Ressourcen und Energie, Maßnahmen zum Schutz der Biodiversität, umweltschonende Produktionsmethoden, Technologien zur Verringerung bzw. Beseitigung von Schadstoffbelastungen und Lärm, Abfallvermeidung und -Verwertung und schonende Entsorgung, ökologische Produktgestaltung, naturgemäße Verfahren und Erzeugnisse im Gesundheitswesen, ökologischer Landbau und gesunde Ernährung, nachhaltige Transportsysteme, nachhaltige Immobilienwirtschaft, Zusammenarbeit mit Umwelt- und Naturschutzorganisationen, zertifizierte Umweltmanagementsysteme und aussagekräftige Nachhaltigkeitsberichterstattung, Förderung „nachhaltiger Entwicklung“ auf (lokaler) gesellschaftlicher Ebene, Chancengleichheit ohne Ansehen von Geschlecht, Rasse, Religion und sexueller Orientierung, vorbildliche Personalführung und Mitbestimmung in der Arbeitsorganisation, Anleihen von Staaten, die eine Nachhaltigkeitsstrategie (z. B. Verzicht auf fossile Brennstoffe, Förderung erneuerbarer Energien, Frauen- und Minderheitenrechte, keine Todesstrafe usw.) verfolgen, Investitionen in Unternehmen, die eine ESG (Environmental, Social and Governance) Strategie verfolgen und einen Nachhaltigkeitsbericht erstellen.

#### Negativkriterien

Erzeugung von Atom- und Kohleenergie, Herstellung von Kriegswaffen und Militärgütern, Herstellung und Handel mit umwelt- und gesundheitsschädigenden Technologien und Produkten, Ausbeutung von Flora, Fauna, Meeren und Böden (Raubbau), Verschwendung von natürlichen Ressourcen (Wasser, Bodenschätzen, Energie), Verstöße gegen Umweltrecht, Naturschutzgesetze oder internationale Konventionen zum Schutz der Umwelt, Giftmülltransporte und -Exporte, grüne Gentechnik, Tierversuche (über das gesetzlich vorgeschriebene Maß hinaus), ausbeuterische Kinderarbeit und weitere Verstöße gegen die Kernarbeitsnormen der ILO



(Vereinigungsfreiheit und Recht auf Kollektivverhandlungen, Beseitigung der Zwangsarbeit, Verbot der Diskriminierung in Beschäftigung und Beruf), Zerstörung der Lebensgrundlagen indigener Völker, Korruption und Bestechung, artwidriger Tierhaltung (Massentierhaltung), kontroverse Formen des Glücksspiels, Pornografie und Herstellung von Suchtmitteln.

#### § 9 Änderung des Beitrages und/oder Versicherungsbedingungen

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

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

3. Die geänderten Beiträge oder die Änderung in den Versicherungsbedingungen werden wir Ihnen schriftlich in Textform mitteilen. Sie gelten von Ihnen als genehmigt, wenn Sie den Versicherungsvertrag nicht innerhalb von einem Monat nach Bekanntgabe mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienanpassung oder die Bedingungsänderung wirksam werden soll (vgl. §40 VVG).

#### § 10 Vertragslaufzeit

1. Der Versicherungsvertrag gilt zunächst für zwei Jahre ab Versicherungsbeginn (Versicherungsjahr). Er verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn Sie den Vertrag nicht bis spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres kündigen. Sie können die Kündigung auf bestimmte versicherte Personen begrenzen. Die Kündigung ist schriftlich (Textform genügt) gegenüber der asano AG zu erklären.

2. Das Versicherungsverhältnis endet mit der Beendigung des Versicherungsschutzes in einer deutschen GKV. Es sei denn, wir vereinbaren eine individuelle Zusage für Sie, die entsprechend dokumentiert wird. Die Beendigung der Mitgliedschaft in der GKV müssen Sie uns innerhalb von zwei Monaten schriftlich mitteilen und nachweisen. Bei fristgerechter Meldung erhalten Sie die überzahlten Beiträge (max.2 Monatsbeiträge) zurück.

Mitteilung und Nachweis sind an die asano AG zu richten.

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

4. Das Versicherungsverhältnis endet auch, wenn der Versicherungsnehmer verstirbt. Der Nachweis ist durch die Sterbeurkunde zu belegen. Diese muss innerhalb von zwei Monaten vorgelegt werden, damit wir den Versicherungsschutz für die betroffene Person zum Ende des Sterbemonats beenden und den darüber hinaus bezahlten Beitrag zurückerstatten können. Erfolgt der Nachweis zu einem späteren Zeitpunkt, erstatten wir den Beitrag ab dem Monat des Zugangs des Nachweises. Die mitversicherten Personen haben dann das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Eine solche Erklärung ist gegenüber der asano AG innerhalb von zwei Monaten ab Beendigung der Versicherung abzugeben. Erfolgt diese Erklärung nicht, endet der Versicherungsvertrag zum Ende des Monats, in dem der Versicherungsnehmer verstorben ist.

Mit dem Ableben einer mitversicherten Person endet insoweit dessen Versicherungsverhältnis.

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

#### § 11 Gerichtsstand und Verjährung

1. Bitte sprechen Sie die asano AG an, wenn Sie mit einer Entscheidung nicht einverstanden sind. Im Falle von Meinungsverschiedenheiten können Sie gegen uns gerichtete Klagen aus dem Versicherungsvertrag bei dem Gericht an unserem Sitz anhängig machen.

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

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

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

4. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren regelmäßig in drei Jahren. Die Frist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden



ist und Sie von den Ansprüchen begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt haben oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen mussten (vgl. § 14 Abs. 1 WG).

## § 12 Risikoträger

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

