

Teilnahmeerklärung

Mitglied

Name*		Vorname*		Geburtsdatum*	
PLZ*	Ort*	Straße*		Hausnummer*	Versichertennummer
E-Mail-Adresse				Telefonnummer	

Ich erkläre hiermit die Teilnahme am AGIDA-Wahltarif Zahnzusatz zum* mit eigener Prämie für

- mich selbst meine familienversicherten Angehörigen:

Name		Vorname		Geburtsdatum	
Name		Vorname		Geburtsdatum	
Name		Vorname		Geburtsdatum	

Die Prämie soll* monatlich jährlich (minus 4 % Skonto) abgerufen werden.

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikationsnummer der AOK Hessen: DE65AOK00000018490. Die Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt. Ich ermächtige die AOK Hessen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AOK Hessen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name Kontoinhaberin/Kontoinhaber*		Vorname Kontoinhaberin/Kontoinhaber*	
PLZ*	Ort*	Straße*	Hausnummer*
IBAN*		BIC (bei ausländischer Bankverbindung)	
Datum*	Ort*	Unterschrift Kontoinhaberin/Kontoinhaber*	

Bitte verwenden Sie diese Bankverbindung auch für die Überweisung eines Erstattungsbetrages. Ich werde AGIDA, die Direkte der AOK Hessen, auf dem neusten Stand halten und informieren, sobald sich meine Angaben ändern.

- Ich habe die Informationen zum AGIDA-Wahltarif Zahnzusatz in den Teilnahmebedingungen zur Kenntnis genommen. Dort sind meine Rechte und Pflichten aus der Satzung der AOK Hessen beschrieben. Mit den Regelungen bin ich einverstanden.

Datenschutzhinweis: Wir benötigen für die Bearbeitung des Antrags einige persönliche Angaben. Einige Felder sind entsprechend als Pflichtfelder (*) markiert. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu nachteiligen Folgen bei der Leistungsanspruchnahme führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/hessen/datenschutzrechte. Die Angabe Ihrer Telefonnummer bzw. Ihrer E-Mail-Adresse ist freiwillig und ermöglicht uns, bei Rückfragen schnell und einfach mit Ihnen Kontakt aufzunehmen. Weitere Angaben erfolgen ebenfalls auf freiwilliger Basis und erleichtern uns die Bearbeitung des Antrags.

- Einwilligung zu Informationen:** Ich bin damit einverstanden, dass meine zuständige AOK meine angegebenen Daten speichert und nutzt, um mich über die Vorteile, Leistungen und Neuigkeiten von AGIDA, der AOK sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK informieren und beraten zu können und um Meinungsforschungen durchzuführen, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

Datum	Unterschrift des Mitglieds (bei Mitgliedern unter 18 Jahren unterschreibt die gesetzlich vertretende Person)
-------	--

Wird die Teilnahme am Tarif für ein volljähriges familienversichertes Familienmitglied erklärt, ist der Vertrag unter Anerkennung der Teilnahmebedingungen zusätzlich von dieser/m Angehörigen zu unterschreiben.

Datum	Unterschrift der familienversicherten Angehörigen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr	SAP-Nr. des/der Mitarbeiters/-in
-------	---	----------------------------------

Teilnahmebedingungen

Allgemeines

Der AGIDA-Wahltarif Zahnzusatz hat die Erstattung von Kosten für medizinisch notwendigen Zahnersatz und professionelle Zahnreinigungen zum Gegenstand.

Tarifwahl und Tarifbeginn

Sie können für sich sowie für Ihre familienversicherten Angehörigen den Tarif wählen, wenn Ihre Krankenversicherungsbeiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden (z. B. bei Arbeitslosigkeit). Die Erklärung zur Wahl des Tarifes bedarf der Schriftform. Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft.

Tarifrufen

Der Tarif ruht bei nicht fristgerechter Prämienzahlung, wenn Sie zur Vermeidung von Mahnungen das Ruhen selbst wählen oder bei mehr als vierwöchigem Wegfall Ihrer aktuellen Versicherung (z.B. bei einem Wechsel in die Familienversicherung einer anderen Krankenkasse).




Tarifleistungen

Erstattungsfähig sind die Ihnen in Deutschland oder in den EU-Mitgliedsstaaten entstandenen und nachgewiesenen Kosten für medizinisch notwendigen Zahnersatz, sofern dieser zahnärztlich eingegliedert wurde. Das Datum der Erstellung des genehmigten Heil- und Kostenplans sowie das Datum der Eingliederung des Zahnersatzes (Anspruchszeitpunkt) müssen in die Zeit ab Beginn der Teilnahme am Tarif fallen. Bei der Wahl der Kostenerstattung muss das Eingliederungsdatum in die Zeit ab Beginn der Teilnahme am Tarif fallen. Zusätzlich werden Ihnen die Kosten für professionelle Zahnreinigungen erstattet, sofern diese zahnärztlich erfolgt sind. Voraussetzung ist, dass die Behandlung nach dem 01.01.2018 durchgeführt wurde und in die Zeit ab Beginn der Teilnahme am Tarif fällt.

Höhe der Kostenerstattung

Der Anspruch auf Kostenerstattung für medizinisch notwendigen Zahnersatz besteht bis zur Höhe des zweifachen Leistungsbetrages („doppelter Festzuschuss“). Ggf. nach §13, §14 oder §55 SGB V erstattete, von AGIDA oder Dritten aufgrund anderer Rechtsvorschriften übernommene Beträge sowie Ansprüche auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge im Krankheitsfall für medizinisch notwendigen Zahnersatz nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sind hierauf anzurechnen. §11 Abs. 5 SGBV sowie §52 SGBV gelten entsprechend. Der Gesamterstattungsbetrag ist auf den tatsächlichen Rechnungsbetrag begrenzt.

Maßgeblich für die Höhe des Erstattungsanspruchs ist die Dauer der Teilnahme am Tarif. In den ersten drei Jahren nach Abschluss des Wahltarifes ist der Anspruch folgendermaßen begrenzt:

-  im 1. Jahr auf maximal 250,00 Euro (maximal tatsächlicher Rechnungsbetrag)
-  im 2. Jahr auf maximal 500,00 Euro (maximal tatsächlicher Rechnungsbetrag)
-  im 3. Jahr auf maximal 750,00 Euro (maximal tatsächlicher Rechnungsbetrag)

Wird der Wahltarif über das dritte Jahr hinaus fortgeführt, besteht ein voller Kostenerstattungsanspruch in Höhe des doppelten Festzuschusses. Ab dem 7. Jahr nach Abschluss des Wahltarifes erhöht sich der Anspruch um 5 Prozent dieses Leistungsbetrags. Ab dem 10. Jahr um 10 Prozent, ab dem 13. Jahr um 20 Prozent.

Haben Sie vor Beginn der Teilnahme an diesem Tarif an einem gleichartigen Tarif bei einer Landes-AOK teilgenommen, können die dort erworbenen Ansprüche berücksichtigt werden. Bitte informieren Sie uns in diesem Fall und legen Sie dafür entsprechende Nachweise (z. B. die damalige Teilnahmeerklärung) dem Heil- und Kostenplan bei. Der Anspruch auf Kostenerstattung für professionelle Zahnreinigungen besteht bis zu einer Höhe von maximal 60 Euro im jeweiligen Versicherungsjahr.

Anspruchszeitraum

Der Anspruch auf Kostenerstattung setzt mit dem Tag ein, an dem die erste Prämie eingeht. Sofern die Prämien nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, kann dem Mitglied auf dessen Kosten eine Zahlungsfrist bestimmt werden, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Wird die Prämie innerhalb der gesetzten Zahlungsfrist nicht gezahlt, ruht der Anspruch auf Kostenerstattung von dem Tag an, der dem letzten Tag der Zahlungsfrist folgt, bis zu dem Tag, an dem die Prämien sowie die uns aufgrund der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten vollständig nachgeleistet wurden, oder bis nachgewiesen wird, dass das Mitglied kein Verschulden an der verspäteten Zahlung trifft. Bei einem Tarifrufen aufgrund eines mehr als vierwöchigen Wegfalls der Versicherung bei uns müssen die auf den entsprechenden Ruhenszeitraum entfallenden Prämien nicht nachgeleistet werden. Erworbenene Ansprüche vor einem Tarifrufen werden bei erneutem Aufleben des Tarifs angerechnet.

Erstattung

Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen inklusive aller dazugehörigen Belege, z. B. Behandlungs-, Material- und Laborkosten, einzureichen. Erstattungen für Zahnersatzleistungen sowie für professionelle Zahnreinigungen aus diesem Tarif sowie sonstige Guthaben werden auf das von Ihnen mitgeteilte Bankkonto überwiesen. Sie werden über die Höhe der Erstattungen für sich und für alle am Tarif teilnehmenden familienversicherten Angehörigen schriftlich informiert. Mit Ihren Ansprüchen aus dem Tarif kann auch gem. §§ 51 und 52 SGB I aufge- oder verrechnet werden.

Teilnahmebedingungen

Prämienhöhe und Zahlungsweise

Im Rahmen des Tarifes haben Sie für sich und Ihre familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, jeweils eine altersabhängige Prämie zu zahlen (siehe Prämientabelle). Diese ist jeweils im Voraus für den Kalendermonat oder wahlweise für ein Jahr zu entrichten. Der Tag der Fälligkeit ist jeweils der 1. Tag eines Monats. Bei jährlicher Zahlungsweise ist die Prämie am 1. Tag des Monats zu Beginn des Teilnahmejahres fällig. Bei Beginn oder Ende der Teilnahme im laufenden Monat wird die Prämie anteilig berechnet. Für die Berechnung der anteiligen Prämie wird für volle Kalendertage jeweils 1/30 der Monatsprämie zugrunde gelegt. Wählen Sie die jährliche Zahlung im Voraus, erhalten Sie einen Prämiennachlass in Höhe von 4 Prozent. Damit die fälligen Prämien abgebucht werden können, benötigt die AOK Hessen ein SEPA-Lastschriftmandat von Ihnen. Die Prämien für Sie und Ihre familienversicherten Angehörigen werden von diesem Konto abgebucht. Zur Bestimmung der Altersklasse in den ersten 3 Jahren der Teilnahme am Tarif gilt das Alter der teilnehmenden Person bei Beginn. Zur Bestimmung der Altersklasse in jedem sich anschließenden Verlängerungsjahr gilt jeweils das Alter der versicherten Person zu Beginn des Verlängerungsjahres, für das die Prämie zu entrichten ist.

Entstehen der AOK, als Einzugstelle, durch die Nichtzahlung der Prämie Kosten, sind diese vom Mitglied zu erstatten.

Tariflaufzeit und Mitgliedschaft

Grundsatz

Der Tarif kann schriftlich mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von einem Jahr ab Teilnahmebeginn gekündigt werden. Wird der Tarif nicht gekündigt, verlängert sich die Teilnahme jeweils um ein weiteres Jahr, wenn zum Ablauf des jeweiligen Verlängerungsjahres keine schriftliche Kündigung erfolgt. Die Teilnahme am Tarif wird durch Änderungen im Versicherungsverhältnis bei uns nicht berührt. Dies gilt insbesondere beim Wechsel von einer Familienversicherung in eine eigene Mitgliedschaft, von einer eigenen Mitgliedschaft in eine Familienversicherung oder in eine Mitgliedschaft, bei der die Beiträge komplett von Dritten getragen werden. Dies gilt nicht, wenn die Versicherung bei uns aufgrund gesetzlicher Regelungen endet und im Anschluss keine Versicherung bei uns begründet wird.

Tarifikündigung vor Ende der Laufzeit

Im Falle eines Wechsels von einer Familienversicherung in eine eigene Mitgliedschaft haben Sie die Möglichkeit, den Tarif zum Ende der Familienversicherung zu kündigen. Sollte von der hauptversicherten Person bereits eine Prämie für Sie gezahlt worden sein, wird diese zurückerstattet.

Sie können den Tarif des Weiteren vorzeitig kündigen, wenn sich stark nachteilige Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass die weitere Zahlung der Prämien für Sie eine unbillige Härte darstellt. Dies ist immer dann der Fall, wenn dem Familienverbund monatlich nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 Prozent der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten.

Wenden Sie sich in diesen Fällen unmittelbar an Ihre AGIDA. Der Tarif endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem uns Ihre Kündigung zugeht.

Die Teilnahme der versicherten Person am Tarif kann unsererseits beendet werden, wenn der Verpflichtung zur Prämienzahlung trotz Mahnung nicht nachgekommen wurde und der Einzug der Prämien im Wege der Vollstreckung nicht möglich ist. Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, für den letztmalig eine Prämie gezahlt wurde.

Prämientabelle

Alter	Monatsprämie
0 – 20 Jahre	2,70 Euro
21 – 40 Jahre	7,80 Euro
41 – 60 Jahre	12,50 Euro
Über 60 Jahre	15,60 Euro