

CKK-Assura



Zahnezusatzversicherung
Allgemeine Bestimmungen

2025



Inhaltsübersicht

Artikel 1 – Voraussetzungen für den Abschluss der Versicherung	3
Artikel 2 – Auswirkungen der Nichtzahlung der Beiträge zur Zusatzversicherung auf die Möglichkeit, Mitglied der CKK-Assura zu werden, auf die Mitgliedschaft in der CKK-Assura und auf die Wahrung der Möglichkeit, in den Genuss der Versicherungsleistungen der CKK-Assura zu gelangen	3
Artikel 3 – Territorialer Geltungsbereich	4
Artikel 4 – Vertragsabschluss	5
Artikel 5 – Wirksamwerden des Versicherungsschutzes	5
Artikel 6 – Die Wartezeit	6
Artikel 6bis – Erstattungshöchstgrenze	6
Artikel 7 – Befreiung von der Zeichnungspflicht	7
Artikel 8 – Zweck des Vertrags	8
Artikel 9 – Grundsatz der Solidarität	8
Artikel 10 – Ausschluss – Ablehnung der Kostenübernahme	8
Artikel 11 – Verpflichtungen des Versicherungsnehmers und der Nebenversicherten	9
Artikel 12 – Kostenerstattungsverfahren	9
Artikel 13 – Die Prämien	10
Artikel 14 – Nichtzahlung der Prämie	10
Artikel 15 – Vertrags- und Tarifänderungen	10
Artikel 16 – Dauer und Ende des Versicherungsvertrags	11
Artikel 17 – Schutz personenbezogener Daten	12
Artikel 18 – Forderungsübergang und Rückforderung	12
Artikel 19 – Aufgehoben	13
Artikel 20 – Verjährungsfrist	13
Artikel 21 – Aufgehoben	13
Artikel 22 – Streitigkeiten oder Beschwerden	13
Artikel 23 – Festlegung der Prämie	14
Artikel 24 – Bedingungen der Kostenerstattung	14
Artikel 25 – Kostenerstattungsverfahren	15
ANHANG 1	18
Prämien	18
ANHANG 2	22
Begriffserläuterungen	22

Artikel 1 – Voraussetzungen für den Abschluss der Versicherung

§1. Der in diesen allgemeinen Bestimmungen beschriebene Versicherungsschutz ist den Mitgliedern der CKK, die der CKK-Assura angeschlossen ist, vorbehalten. Die Mitgliedschaft bei der CKK ist für die Dauer des Vertrages mit der CKK-Assura erforderlichlich.

Unter Mitglied ist zu verstehen:

- Mitglied der CKK, das einen Vorteil der Zusatzversicherung im Sinne von Artikel 2, 1° des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991 in Anspruch nehmen kann.
- Mitglied, dessen Möglichkeit, einen Vorteil der Zusatzversicherung der CKK in Anspruch zu nehmen, im Sinne von Artikel 2, 2° des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991 aufgehoben ist.
- Mitglied der CKK, dessen Möglichkeit, einen Vorteil der Zusatzversicherung in Anspruch zu nehmen, abgeschafft wird, im Sinne des Artikels 2, 3° des vorgenannten Königlichen Erlasses vom 7. März 1991, sofern es seit Beginn des in Artikel 2quater Absatz 3 und folgende des vorgenannten Königlichen Erlasses vom 7. März 1991 genannten Zeitraums für die dort genannten zusätzlichen Versicherungsleistungen seine Beiträge regelmäßig entrichtet hat.

§2. Jeder eigenständig Versicherte im Sinne des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände, der einen in diesen allgemeinen Bestimmungen beschriebenen Versicherungsschutz abschließen möchte, ist verpflichtet, dies für seinen gesamten Krankenkassenhaushalt zu tun: für sich selbst und seine(n) unterhaltsberechtigten Mitversicherten.

§3. Jede Änderung der Zusammensetzung des Haushalts ist der CKK innerhalb von 30 Tagen nach der Änderung per Einschreiben, einfacher Post oder auf elektronischem Weg zu melden. Nach Ablauf dieser Frist wird die Änderung am 1. Tag des Monats, der auf den Eingang der Information bei der CKK folgt, wirksam.

§4. Die Rechte und Pflichten der Versicherten und der CKK-Assura richten sich nach dem Versicherungsvertrag, der sich aus diesen allgemeinen Bestimmungen, den besonderen Bestimmungen und etwaigen Änderungen ergibt.
Diese Dokumente unterliegen dem Gesetz vom 4. April 2014 über die Versicherungen, seinen Ausführungserlassen sowie dem Gesetz vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände.

Artikel 2 – Auswirkungen der Nichtzahlung der Beiträge zur Zusatzversicherung auf die Möglichkeit, Mitglied der CKK-Assura zu werden, auf die Mitgliedschaft in der CKK-Assura und auf die Wahrung der Möglichkeit, in den Genuss der Versicherungsleistungen der CKK-Assura zu gelangen

§1. Als „Zusatzversicherung“ gelten die in Artikel 3 Absatz 1 b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 genannten Dienstleistungen und die in Artikel 67 Absatz 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 mit verschiedenen Bestimmungen über die Organisation der Zusatzversicherung, die von der CKK und dem Landesbund der Christlichen Krankenkassen ausgerichtet werden.

- §2. Das Mitglied, das Anspruch auf die Vorteile der Zusatzversicherung hat,
- kann eine CKK-Assura-Versicherung abschließen und
 - bei Zahlung seiner Prämien in den Genuss des Versicherungsschutzes der CKK-Assura kommen.
- §3. Das Mitglied, dessen Anspruch auf die Zusatzversicherungsleistungen ausgesetzt ist,
- kann eine CKK-Assura-Versicherung abschließen, kommt aber nur dann in den Genuss der Versicherungsleistungen der CKK-Assura, wenn die Prämien bezahlt werden,
 - bleibt weiterhin im Genuss der Versicherungsleistungen der CKK-Assura, sofern seine Prämien der CKK-Assura gezahlt werden.
- §4. Das Mitglied, dessen Möglichkeit, die Vorteile der Zusatzversicherung zu nutzen, aufgehoben wird,
- kann keine CKK-Assura-Versicherung abschließen und deren Versicherungsschutz in Anspruch nehmen,
 - wird von der CKK-Assura aus dem Versicherungsvertrag gekündigt und erhält auch bei Zahlung seiner Prämien keine Versicherungsleistungen mehr aus der CKK-Assura-Versicherung.
- §5. Das Mitglied, dessen Möglichkeit, die Vorteile der Zusatzversicherung in Anspruch zu nehmen, aufgehoben wurde, das sich erneut angemeldet hat und sich in einer 6- bis 24-monatigen Wartezeit befindet, um diese Vorteile wieder in Anspruch nehmen zu können, und das seit Beginn dieser Wartezeit seine Beiträge regelmäßig gezahlt hat, kann eine CKK-Assura-Versicherungspolice abschließen und den Versicherungsschutz zu den in diesen allgemeinen Bestimmungen für neue Mitgliedschaften festgelegten Bedingungen in Anspruch nehmen.

Wenn das Mitglied während der genannten Wartezeit mit der Zahlung seiner Beiträge erneut sechs Monate im Rückstand ist, wird sein Versicherungsvertrag aufgelöst.

Dieser Zeitraum von 6 Monaten wird ausgesetzt,

- wenn sich diese Person in einer Situation der kollektiven Schuldenregelung oder des Konkurses befindet;
- wenn diese Person zu einer unterhaltsberechtigten Person eines eigenständig Versicherten geworden ist, der seine Beiträge für die Zusatzversicherung nicht ordnungsgemäß bezahlt hat.

Artikel 3 – Territorialer Geltungsbereich

- §1. Die Versicherungsleistungen in Anspruch nehmen kann:
- der Versicherte mit gewöhnlichem Aufenthalt in Belgien;
 - der Versicherte mit gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland, sofern er weiterhin der gesetzlichen Krankenversicherung in Belgien unterliegt.
- §2. Die Denta + Versicherung deckt nur Leistungen von zugelassenen Anbietern (gemäß den gesetzlichen Krankenversicherungsvorschriften des Landes) in Belgien und den Mutterländern der folgenden Staaten ab: Frankreich, die Niederlande, Deutschland und das Großherzogtum Luxemburg.

Artikel 4 – Vertragsabschluss

- §1. Der Vertrag beginnt am 1. Tag des Monats, der dem Eingang der vom Versicherungsnehmer unterzeichneten besonderen Bestimmungen bei der CKK folgt. Wenn die besonderen Bestimmungen jedoch nach dem 15. des Monats, der auf ihre Ausstellung folgt, eingehen, beginnt der Vertrag am 1. Tag des darauffolgenden Monats.

Wenn die unterzeichneten besonderen Bestimmungen nicht innerhalb von drei Monaten nach ihrer Ausstellung bei der CKK eingereicht werden, ist der Vertrag hinfällig, selbst wenn die entsprechenden Prämien gezahlt wurden; in diesem Fall werden die Prämien zurückerstattet.

Die besonderen Bestimmungen enthalten die in Artikel 64, §2 des Gesetzes vom 4 April 2014 über Versicherungen vorgesehenen Angaben.

- §2. Ein Versicherungsvertrag kann im Ferngeschäft abgeschlossen werden. Dabei handelt es sich um einen Vertrag, der zwischen dem Versicherungsunternehmen und dem Versicherungsnehmer im Rahmen eines organisierten Systems für den Fernabsatz von Waren oder Dienstleistungen ohne gleichzeitige physische Anwesenheit des Anbieters und des Versicherungsnehmers unter ausschließlicher Verwendung einer oder mehrerer Fernkommunikationstechniken bis zu dem Zeitpunkt und einschließlich des Zeitpunkts, zu dem der Vertrag unterzeichnet wird, geschlossen wird.
In diesem Fall gilt er als abgeschlossen, wenn die CKK oder CKK-Assura die Annahme vom Versicherungsnehmer auf elektronischem Weg oder per Post erhält.

Der Versicherungsnehmer und der Versicherer haben eine Frist von 14 Tagen, um den Versicherungsvertrag ohne Vertragsstrafe und ohne Verpflichtung zur Angabe von Gründen zu kündigen. Die Frist, innerhalb derer dieses Recht ausgeübt werden kann, läuft ab dem Tag des Abschlusses des Versicherungsvertrags.

Die Aufhebung durch den Versicherungsnehmer wird unmittelbar nach Mitteilung wirksam, die Aufhebung durch den Versicherer 8 Tage nach Mitteilung.

- §3. Die spontane Zahlung einer Prämie, ohne hierzu aufgefordert worden zu sein, gilt nicht als Vertragsabschluss.

Artikel 5 – Wirksamwerden des Versicherungsschutzes

- §1. Der Versicherungsschutz wird an dem in den besonderen Bestimmungen festgelegten Datum des Beginns des Versicherungsvertrags wirksam, vorausgesetzt, die Wartezeit ist erfüllt.
- §2. Wird ein Zweitversicherter in den Vertrag aufgenommen, wird der Versicherungsschutz an dem auf dem Vertragszusatz angegebenen Datum wirksam.
- §3. In allen Fällen, in denen eine Wartezeit vorgesehen ist, ist der Versicherer bis zum Ablauf dieser Zeit nicht zu Leistungen verpflichtet, außer im Falle eines Unfalls gemäß Artikel 6 §1 dieser allgemeinen Bestimmungen.

Artikel 6 – Die Wartezeit

- §1. Ab dem Zeitpunkt des oben angegebenen Vertragsbeginns unterliegt die versicherte Person einer Wartezeit von sechs Monaten, in denen keine Versicherungsleistungen gewährt werden. Wenn ein zusätzlicher Versicherter in den Vertrag aufgenommen wird, muss er auch eine sechsmonatige Wartezeit einhalten, die mit dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens des Versicherungsschutzes beginnt.
Die Wartezeit gilt nicht für zahnärztliche Aufwendungen und Leistungen nach einem Unfall, der sich nach Wirksamwerden der Versicherung ereignet.
- §2. Befreiung von der Wartezeit:
- Abweichend von §1 besteht in den folgenden Fällen eine Befreiung von der Wartezeit:
 - Wenn die versicherte Person zuvor durch eine Versicherung mit ähnlichem Versicherungsschutz abgesichert war, deren mögliche Wartezeit erfüllt ist und die damit verbundenen Prämien bezahlt wurden, sofern das in den besonderen Bestimmungen des neuen Vertrags genannte Datum des Versicherungsbeginns innerhalb von drei Monaten nach dem Ende des vorherigen Versicherungsschutzes liegt.
 - Wenn die Wartezeit bei der vorherigen Versicherung noch nicht erfüllt ist, wird die bereits zurückgelegte Wartezeit von der abgezogen, die bei der CKK-Assura zu erfüllen ist.
 - Wenn ein Versicherter während des Kalenderquartals, in dem er seine Anmeldung als eigenständig Versicherter bei der CKK eine Denta + Versicherung abschließt und vorausgesetzt, dass seine Wartezeit während des Denta + Vertrages mit dem Hauptversicherten, dessen Mitversicherter er im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung war, erfüllt war, unabhängig von der gewählten wahlfreien Deckung.
 - Bei Geburt oder Adoption ist das Kind von der Wartezeit befreit, sofern der Hauptversicherte, der ihm den Anspruch auf den Versicherungsschutz eröffnet, die Wartezeit erfüllt hat oder von ihr befreit wurde. Wenn die Wartezeit des Hauptversicherten noch läuft, entspricht die Wartezeit des Kindes der verbleibenden Wartezeit dieses Hauptversicherten.

Artikel 6bis – Erstattungshöchstgrenze

- §1. Der Gesamtbetrag der Versicherungsleistungen ist auf eine Höchstgrenze pro Kalenderjahr der Versicherung beschränkt. Die Erstattungshöchstgrenze je Versicherten ist in den ersten 3 Jahren der Versicherungsdeckung progressiv.
- §2. Ab dem 1. Januar 2024 gelten folgende Erstattungshöchstgrenzen je Versicherten:
- Im ersten Jahr liegt die Höchstgrenze bei 350€;
 - im zweiten Jahr liegt die Höchstgrenze bei 650€;
 - im dritten Kalenderjahr und den darauffolgenden Jahren liegt die Höchstgrenze bei 1250€.
- Bis zum 31. Dezember 2023 gelten folgende Erstattungshöchstgrenzen je Versicherten:
- Im ersten Jahr liegt die Höchstgrenze bei 300€;
 - im zweiten Jahr liegt die Höchstgrenze bei 600€;
 - im dritten Kalenderjahr und den darauffolgenden Jahren liegt die Höchstgrenze bei 1000€.

- §3. Wenn der Versicherte in den 3 Monaten vor Abschluss der Denta + durch eine ähnliche Zahnzusatzversicherung abgesichert war, wird die Anzahl der Versicherungsjahre bei der alten Versicherung bei der Festlegung der Höchstgrenze der neuen Versicherung berücksichtigt: 350€, 650€ oder 1250€.
- §4. Erstattungshöchstgrenze bei Unfall ab dem 1. Januar 2024
- Unfallbedingte Leistungen werden bei der Berechnung der jährlichen Höchstgrenze nicht berücksichtigt.
 - Die Erstattungen für Behandlungen nach einem Unfall sind auf 5000€ pro Schadensfall begrenzt, unabhängig vom Vertragsjahr Bis zum 31. Dezember 2023 beträgt die Erstattungshöchstgrenze bei Unfällen 2000 € pro Schadensfall. Das Datum des Unfalls bestimmt die anwendbare Höchstgrenze.
 - Der Unfall muss sich nach dem Datum des Vertragsabschlusses ereignet haben.
 - Der Unfall muss zu traumatischen Verletzungen geführt haben, deren Behandlung durch diese Bestimmungen abgedeckt ist.
 - Um in den Genuss der Unfalldeckungs Grenze zu gelangen, ist der Versicherte verpflichtet, folgende Unterlagen vorzulegen:
 - einen ärztlichen Unfallbericht;
 - eine Röntgenaufnahme, die die durch den Unfall verursachten Verletzungen aufzeigt;
 - ein Behandlungsplan gemäß dem Artikel „Bedingungen der Kostenerstattung“

Artikel 7 – Befreiung von der Zeichnungspflicht

Jeder eigenständig Versicherte, der eine in diesen allgemeinen Bestimmungen beschriebene Versicherung abschließen möchte, ist verpflichtet, dies für den gesamten Krankenkassenhaushalt zu tun.

Diese Verpflichtung gilt nicht für ein Mitglied des Krankenkassenhaushalts, das nachweist, dass es durch eine privat oder kollektiv abgeschlossene, d.h. von seinem Arbeitgeber finanziell unterstützte Zahnzusatzversicherung abgedeckt ist.

- Wird die Befreiung zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des Vertrages beantragt, so wird sie zu dem in den besonderen Bestimmungen genannten Zeitpunkt wirksam, sofern die Bescheinigung innerhalb von drei Monaten ab dem Datum des Inkrafttretens des neuen Vertrags vorgelegt wird. Nach Ablauf dieser Frist wird die Befreiung am ersten Tag des Monats wirksam, der auf den Erhalt des Versicherungsnachweises durch die CKK folgt.
- Erwirbt eine versicherte Person während der Laufzeit des Vertrages einen Versicherungsschutz im Rahmen einer Kollektivversicherung, so wird die Befreiung am Ende des Monats wirksam, in dem der Antrag sowie eine Bescheinigung über die Art der Versicherung, die Gesellschaft und die Tatsache, dass die Versicherung vom Arbeitgeber finanziell unterstützt wird, eingehen.
- Erwirbt eine versicherte Person während der Laufzeit des Vertrages einen privaten Versicherungsschutz, wird ihre Versicherungspolice nach den in dem Artikel „Dauer und Ende des Versicherungsvertrags“ dieser allgemeinen Bestimmungen dargelegten Bedingungen aufgehoben.

Artikel 8 – Zweck des Vertrags

- §1. Zweck des Versicherungsschutzes ist es, auf Kosten des Versicherers einen finanziellen Beitrag zu den Kosten der Zahnbehandlung einer versicherten Person zu leisten. Es handelt sich um eine Entschädigungsversicherung. In keinem Fall darf die Entschädigung in Verbindung mit anderen Kostenerstattungen aus dem gleichen Grund den Betrag der tatsächlich entstandenen Kosten des Versicherten übersteigen. Die Leistung des Versicherers wird gegebenenfalls entsprechend begrenzt. Der Versicherte verpflichtet sich, der CKK oder der CKK-Assura die Abrechnung der Kostenerstattung eines Drittversicherers mitzuteilen.
- §2. Der Versicherer zahlt erst dann, wenn der Versicherte zuvor alle seine Ansprüche ausgeschöpft hat:
- auf die gesetzliche Kostenerstattung der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich der maximalen Gesundheitsrechnung (MAGER);
 - die ausgehen von den Rechtsvorschriften über Arbeitsunfälle oder Berufskrankheiten oder über Entschädigungen, die sich aus dem bürgerlichen Haftpflichtrecht ergeben;
 - die ausgehen von der Anwendung ausländischer Gesetze;
 - die ausgehen von Kostenerstattungen der satzungsmäßigen Leistungen, die im Rahmen der Zusatzversicherung ausgerichtet werden.
- §3. Die Eröffnung von Rechtsansprüchen im Rahmen bestimmter Gesetzgebungen kann an Bedingungen geknüpft sein. Die Rückerstattung wird als rückforderbarer Vorschuss gewährt, wenn aufgrund besonderer Gesetze ein Dritter einspringen muss. Wenn dem Versicherten oder einem Angehörigen seines Krankenkassenhaushalts das Recht auf Kostenerstattung nach diesen Rechtsvorschriften mitgeteilt wird, zieht der Versicherer den Betrag wieder ein, der unter diese Rechtsvorschriften fallen kann. Der Versicherte verpflichtet sich, der CKK oder der CKK-Assura die Abrechnung der Kostenerstattung eines Drittversicherers mitzuteilen.

Artikel 9 – Grundsatz der Solidarität

Das Vorhandensein einer bereits bestehenden Erkrankung, eines Leidens oder eines Zustandes seitens einer versicherten Person führt weder zum Ausschluss dieser Person noch zu einer Erhöhung der Prämien oder einer Einschränkung der Kostenübernahme der CKK-Assura.

Artikel 10 – Ausschluss – Ablehnung der Kostenübernahme

Von der Versicherung ausgeschlossen sind:

- Behandlungen und Medizinprodukte für kosmetische Behandlungen, für die keine Kostenübernahme im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen ist;
- Behandlungen und Medizinprodukte, die sich aus dem Einsatz von Waffen oder Vorrichtungen ergeben, deren Explosion durch eine strukturelle Veränderung des Atomkerns hervorgerufen wird;
- Behandlungen und Medizinprodukte, die sich aus der Ausübung eines Sports als Profisportler, eines bezahlten Sports, einschließlich Training, ergeben;
- Kosten im Zusammenhang mit experimentellen Behandlungen, die keine wissenschaftliche Grundlage haben.

- Leistungen gemäß Artikel 14, I) des Anhangs des Königlichen Erlasses vom 14. September 1984 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, deren Codes nicht mit dem Zeichen '+' versehen sind.
- Die Honorarzuschläge für Zahnbehandlungen, die von der Pflichtversicherung erstattet werden.

Artikel 11 – Verpflichtungen des Versicherungsnehmers und der Nebenversicherten

- §1. Die versicherten Personen müssen den Zustimmungsantrag gemäß dem Artikel „Schutz personenbezogener Daten“ ausfüllen.
- §2. Der Versicherungsnehmer und/oder die Nebenversicherten muss/müssen, der CKK oder der CKK-Assura innerhalb von 30 Tagen ab dem Datum des Eintretens des Ereignisses durch Einschreiben, einfaches Schreiben oder auf elektronischem Weg Folgendes mitteilen und erklären:
- jede Änderung der Anschrift oder der Haushaltszusammensetzung;
 - die Tatsache, dass sie nicht mehr den belgischen Sozialversicherungsgesetzen unterliegen;
 - die Änderung oder den Wegfall einer der Vertragsbedingungen.
- §3. Der Versicherungsnehmer und/oder die Nebenversicherten muss/müssen, der CKK oder der CKK-Assura innerhalb kürzester Frist den Eintritt eines Risikos mithilfe der zu diesem Zweck vorgesehenen Unterlagen (vgl. Artikel „Kostenerstattungsverfahren“ dieser allgemeinen Bestimmungen) und allen Originalbelegen für die entstandenen Kosten melden.
- §4. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die Prämie nach Erhalt der Fälligkeitsmitteilung zu zahlen.

Artikel 12 – Kostenerstattungsverfahren

- §1. Der Versicherer gewährt den Versicherten ihre Leistungen
- entweder auf Vorlage eines ordnungsgemäß ausgefüllten Antrags auf Kostenerstattung und der Belege für die entstandenen Kosten;
Als Antrag auf Kostenübernahme durch die CKK-Assura gelten: das von der CKK-Assura erstellte Antragsformular oder das von der nationalen Kommission der Zahnärzte und Krankenkassen genehmigte einheitliche Formular;
 - oder automatisch, ohne Antrag auf Kostenerstattung.

Die automatische Kostenerstattung betrifft bestimmte Kosten, die in §1, §3 und §5 des Artikels „Kostenerstattungsverfahren“ der vorliegenden allgemeinen Bestimmungen aufgeführt sind. Etwaige Gutschriften sind so rasch wie möglich an den Versicherer zu senden.

- §2. Die versicherte Person oder die von ihr benannte Person ermächtigt die CKK-Assura nach den Gesetzen über den Schutz des Privatlebens und der Rechte des Patienten,

die medizinischen Daten und/oder Berichte, die im Rahmen einer einseitigen oder widersprüchlichen Untersuchung erstellt wurden, vollständig von dem betreffenden behandelnden Arzt oder Krankenhaus zu verlangen.

Die CKK-Assura ist auch berechtigt, von dem Krankenhaus oder dem Gesundheitsdienstleister die zu Unrecht in Rechnung gestellten Beträge, die zu ihrer Kostenerstattung geführt haben, zurückzufordern.

- §3. Die Erstattung der entstandenen Aufwendungen erfolgt nach der von der gesetzlichen Krankenversicherung festgelegten Gebührenordnung und im Rahmen der Erstattungshöchstgrenzen sowie nach Abzug der nach dem Artikel „Zweck des Versicherungsvertrags“ dieser allgemeinen Bestimmungen durchgeführten Vorleistungen.

Artikel 13 – Die Prämien

Die Prämie ist immer im Voraus zu bezahlen. Sie kann jährlich per Banküberweisung oder vierteljährlich, halbjährlich bzw. jährlich per Lastschrift nach Ermessen des Versicherten bezahlt werden.

Die Prämie ist vom Versicherungsnehmer zu zahlen, sobald er die Fälligkeitsmitteilung erhält. Im Falle der Aufnahme eines neuen Zweitversicherten wird die Änderung der Höhe der Prämie am ersten Tag des Monats nach der Anmeldung wirksam.

Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des Jahres, in dem der Vertrag wirksam geworden ist. Danach entspricht jedes Versicherungsjahr dem Kalenderjahr.

Artikel 14 – Nichtzahlung der Prämie

Die Nichtzahlung der Prämie oder eines Teils der Prämie bis zum Fälligkeitsdatum kann zur Kündigung des Vertrages führen, sofern der Schuldner eine Fristsetzung erhalten hat. Das Fristsetzungsschreiben wird entweder per Gerichtsvollzieherurkunde oder per Einschreiben versandt und gilt als Aufforderung zur Zahlung innerhalb von 15 Tagen ab dem Tag nach der Zustellung oder dem Tag nach der Hinterlegung des Einschreibens. Die Beendigung des Vertrages wird am Tag nach dem Tag wirksam, an dem die 15-tägige Frist endet.

Artikel 15 – Vertrags- und Tarifänderungen

- §1. Prämien, Selbstbehalte und Leistungen können ab Beginn eines jeden Versicherungsjahres auf der Grundlage von Änderungen des im Juni gemessenen Verbraucherpreisindex automatisch indexiert werden. Somit wird für das Jahr „n“ die Indexierung berechnet, indem die Prämie, der Selbstbehalt oder die Leistung mit dem Verhältnis zwischen dem Index für das Jahr „n-1“ und dem für das Jahr „n-2“ multipliziert wird.
- §2. Prämien, Selbstbehalte und Leistungen können auch zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres, wie in den Begriffserläuterungen in Anhang 2 definiert, auf der Grundlage eines oder mehrerer spezifischer medizinischer Indizes angepasst werden, die vom FÖD Wirtschaft berechnet und im Belgischen Staatsblatt veröffentlicht werden,

wenn die Entwicklung dieses Indexes oder dieser Indizes die des Verbraucherpreisindexes übersteigt. Der verwendete Index ist der globale Index für das zweite Quartal des Vorjahres.

- §3. Das Kontrollamt der Krankenkassen kann von der CKK-Assura verlangen, einen Tarif auszugleichen, wenn die Anwendung dieses Tarifs zu Verlusten führt. Darüber hinaus kann das Kontrollamt der Krankenkassen auf Antrag der CKK-Assura und wenn es feststellt, dass die Anwendung dieses Tarifs ungeachtet der Anwendung der §§1 und 2 zu Verlusten führt oder Risiken mit sich bringt, die CKK-Assura ermächtigen, Maßnahmen zu ergreifen, um ihre Tarife in einen Ausgleich zu bringen. Diese Maßnahmen können eine Anpassung der Versicherungsbedingungen beinhalten.
- §4. Die Prämienhöhung gilt
- für Verträge, die ab der Bekanntgabe der Entscheidung des Kontrollamtes der Krankenkassen abgeschlossen werden,
 - und unbeschadet des Kündigungsrechts des Versicherungsnehmers, für die Prämien laufender Verträge, die ab dem ersten Tag des zweiten Monats nach Bekanntgabe der Entscheidung des Kontrollamtes der Krankenkassen fällig werden.
- §5. Alle Steuern, Abgaben, Gebühren oder Beiträge im Zusammenhang mit diesen Versicherungsleistungen, die gesetzlich oder durch eine andere Regelung vorgeschrieben sind, sind allein vom Versicherungsnehmer zu tragen oder werden allein von ihm zu tragen sein.
- §6. Ändert die CKK-Assura die Bestimmungen oder Prämienhöhe, so hat sie den Versicherungsnehmer durch schriftliche Mitteilung zu informieren. Die Anpassung der Prämie, der allgemeinen Bestimmungen und der Tarife gilt für die laufende Versicherung.
- §7. In Ausnahmefällen und in Übereinstimmung mit dem Gesetz vom 13. März 2016 über den Status und die Kontrolle der Versicherungs- oder Rückversicherungsunternehmen können andere Änderungen der Versicherungsbedingungen durch das Kontrollamt der Krankenkassen genehmigt werden.

Artikel 16 – Dauer und Ende des Versicherungsvertrags

- §1. Der Versicherungsvertrag wird auf Lebenszeit abgeschlossen, außer in den in §2 vorgesehenen Fällen und unbeschadet der Bestimmungen des Gesetzes vom 4. April 2014 über Versicherungen.
- §2. Der Vertrag endet im Falle
- einer Kündigung durch den Versicherungsnehmer
 - ohne Grund nach mindestens einem Jahr Versicherungszeit: am Ende des laufenden Quartals, sofern der Antrag auf Kündigung spätestens am letzten Tag des zweiten Monats des gleichen Quartals bei der CKK oder bei der CKK-Assura gestellt wurde. Andernfalls wird die Kündigung auf das Ende des folgenden Quartals verschoben;
 - Nach einer Mitteilung über die Änderung der Vertrags- oder Tarifbedingungen (ohne Verbraucherindex oder spezifischen medizinischen Index): innerhalb von 3 Monaten nach der Mitteilung dieser Änderungen durch den Versicherer. Das Inkrafttreten erfolgt im Monat nach Eingang des Kündigungsantrags bei der CKK oder der CKK-Assura.
 - bei ähnlicher Versicherung über den Arbeitgeber: am Ende des Monats nach

Eingang des Antrags bei der CKK oder der CKK-Assura und einer Bescheinigung, die ausdrücklich die Art der Versicherung, die Gesellschaft, die versicherten Personen und die Tatsache, dass die Versicherung vom Arbeitgeber finanziell ganz oder teilweise übernommen wird, angibt;

- einer Kündigung durch die CKK-Assura:
 - wenn die Prämien nicht bezahlt werden,
 - wenn der Versicherungsnehmer stirbt,
 - wenn der Versicherte die im Artikel „Voraussetzungen für den Abschluss der Versicherung“ dieser allgemeinen Bestimmungen festgelegten Bedingungen für die Zeichnung nicht mehr erfüllt,
 - am Ende des Monats, in dem sich der Mitversicherte eines eigenständig Versicherten, der Mitglied der wahlfreien Versicherung ist, bei einer anderen Krankenkasse als eigenständig Versicherter anmeldet,
 - am Ende des Monats, in dem sich der eigenständig Versicherte, der Mitglied der wahlfreien Versicherung ist, bei einer anderen Krankenkasse als Mitversicherter anmeldet,
 - am Ende des Quartals, das dem Inkrafttreten der Anmeldung einer nicht hier oben genannten Person bei einem anderen Krankenversicherungsträger vorausgeht,
 - bei Betrug des Versicherten zu Lasten der CKK-Assura,
 - wenn der Versicherte zu einem Mitglied wird, dem die Möglichkeit, die Vorteile der Zusatzversicherung zu nutzen, entzogen wurde.

§3. Das Kündigungsgesuch ist per Einschreiben, Gerichtsvollzieherbrief oder durch Zustellung des Kündigungsschreibens gegen Empfangsbestätigung zu übermitteln.

§4. Die Kündigung hat nicht zur Folge, dass eine eventuelle Schuld zugunsten des Versicherers erlischt. Der Versicherte bleibt drei Jahre lang verpflichtet, die geschuldeten Prämien und Prämienrückstände zu zahlen. Gegebenenfalls wird die CKK-Assura ihre Kostenerstattungen mit den Schulden des Versicherungsnehmers verrechnen.

§5. Wenn der Vertrag bei der CKK-Assura gekündigt wurde,

- kann ein neuer Vertrag ohne Wartezeit abgeschlossen werden, wenn diese im vorherigen Vertrag erfüllt wurde, und zu den Tarif- und Leistungsbedingungen des vorherigen Vertrags, wenn der Neuabschluss innerhalb von drei Monaten nach der Kündigung erfolgt, vorausgesetzt, dass alle Schulden beglichen wurden
- kann über die 3 Monate nach der Kündigung hinaus ein neuer Vertrag erst nach einem Zeitraum von mindestens 3 Jahren nach dem Datum der Kündigung und unter den neuen Vertrags- und Tarifbedingungen abgeschlossen werden.

Artikel 17 – Schutz personenbezogener Daten

Die CKK-Assura verarbeitet personenbezogene Daten in Übereinstimmung mit den Vorschriften zum Schutz personenbezogener Daten. Die Datenschutzerklärung von „CKK-Assura“ ist auf der Website: ckk-mc.be/disclaimer und auf Anforderung des Versicherten verfügbar.

Die CKK-Assura ist verpflichtet, die Zustimmung der Versicherten einzuholen, um gesundheitsbezogene Daten verarbeiten zu können.

Artikel 18 – Forderungsübergang und Rückforderung

- §1. Die Rechte und Handlungen des Versicherten gegenüber dem für den Schaden haftenden Dritten gehen gemäß Artikel 95 des Gesetzes vom 4. April 2014 über die Versicherungen auf die CKK-Assura über.
- §2. Die CKK-Assura wird keine Regressansprüche gegen die Familienangehörigen des Versicherten geltend machen, die den Unfall unbeabsichtigt verursacht haben, es sei denn, ihre Haftung ist durch einen Versicherungsvertrag wirksam abgedeckt.
- §3. Der Versicherte darf ohne Zustimmung der CKK-Assura nicht auf einen Regress verzichten.
- §4. Auf Verlangen der CKK-Assura muss die versicherte Person diese Abtretung durch ein gesondertes Schriftstück wiederholen.

Artikel 19 – Aufgehoben

Artikel 20 – Verjährungsfrist

Die Verjährungsfrist für alle Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag beträgt drei Jahre gemäß den Artikeln 88 und 89 des Gesetzes vom 4. April 2014 über die Versicherungen. Jeder Antrag auf Rückerstattung ist der CKK vor Ablauf einer Frist von drei Jahren ab dem Datum, an dem der Versicherte die Rechnung erhält, zu übermitteln. Wenn das Mitglied das Datum des Rechnungserhalts nicht nachweisen kann, ist das Datum des Erhalts der dritte Werktag nach dem auf der Rechnung angegebenen Datum.

Artikel 21 – Aufgehoben

Artikel 22 – Streitigkeiten oder Beschwerden

- §1. Umgang mit Beschwerden
Im Falle einer Streitigkeit im Zusammenhang mit der Ausführung des vorliegenden Vertrags hat der Versicherte die Möglichkeit, sich an folgende Stellen zu wenden:
 - an die Beschwerdestelle der CKK: per E-Mail an plaintes@mc.be, per Post an den Beschwerdedienst, Chaussée de Haecht 579, BK 40 in 1031 Brüssel oder über ckk-mc.be/beschwerde
 - an die Vermittlungsstelle des Landesbundes der Christlichen Krankenkassen: per E-Mail an mediateur@mc.be oder per Post an den Landesbund der Christlichen Krankenkassen – Médiateur, Chaussée de Haecht 579, BK 40 in 1031 Brüssel;
 - an den Versicherungsombudsman: per E-Mail an info@ombudsman-insurance.be oder mit der Post an den Ombudsmann der Versicherungen, Square de Meeûs 35, 1000 Brüssel.

§2. Gerichtsbarkeit

Alle Streitigkeiten im Zusammenhang mit diesen allgemeinen Bestimmungen und den mit der CKK-Assura abgeschlossenen Versicherungsverträgen unterliegen dem belgischen Recht und der ausschließlichen Zuständigkeit der belgischen Gerichte.

Artikel 23 – Festlegung der Prämie

§1. Die vom Schuldner zu zahlende Prämie richtet sich nach der Anzahl und dem Alter der Versicherten, die aufgrund dieser Prämie einen Versicherungsanspruch erhalten. Im Falle einer Zeichnung nach dem 45. Lebensjahr wird die Prämie erhöht. Die Erhöhung gilt nur für den betroffenen Versicherten. Maßgeblich für die Höhe der Prämie und die eventuelle Erhöhung ist das Alter zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Deckung.

Die Prämienenerhöhung entfällt, wenn der Versicherte durch eine ähnliche Versicherung abgesichert war und seit dem Ende der vorherigen Deckung weniger als 90 Tage vergangen sind und seine Wartezeit dort erfüllt war.

§2. Die Höhe der Jahresprämie wird bestimmt:

- für einen neuen Versicherten bei CKK-Assura durch das Alter, das er am Tag des Beginns der Laufzeit seines Vertrags erreicht hat;
- für jeden anderen Versicherten durch das Alter, das er am 1. Januar des Kalenderjahres erreicht hat;

Wenn der Versicherte gleichzeitig bei der CKK-Assura eine Krankenhausversicherung und eine Zahnzusatzversicherung abgeschlossen hat, erhält er einen Vorzugstarif für die Denta +.

§3. Die Höhe der Jahresprämien und die Aufteilung dieser Prämien in „Verwaltungskosten“, „Vertriebskosten“ und „Prämien ohne diese Kosten“ sind im Anhang zu diesen allgemeinen Bestimmungen festgelegt.

Artikel 24 – Bedingungen der Kostenerstattung

§1. Behandlungsplan

Bei Unfall ist ein Behandlungsplan für prothetische, parodontale und kieferorthopädische Behandlungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden, erforderlich.

Der Behandlungsplan ist nicht erforderlich, wenn die zu erhaltenden Leistungen nicht mit einem Unfall in Verbindung stehen.

Bei Unfall muss der Behandlungsplan vor Beginn der Behandlung eingereicht werden.

Für Leistungen, die vor dem Eintreffen des Behandlungsplans erbracht wurden, wird keine Kostenerstattung gewährt.

Er muss alle notwendigen Leistungen enthalten: Art der Leistung, –Erstattung der gesetzlichen Krankenversicherung, verwendetes Material, Zahnnummer oder –quadrant, Behandlungskosten, voraussichtliche Dauer der Behandlung und LIKIV-Zulassungsnummer sowie Unterschrift des Leistungserbringers. Außerdem muss ein ärztlicher Bericht beigefügt werden, in dem der Unfall und die Verletzungen beschrieben werden, sowie ein Röntgenbild, auf dem die Verletzungen zu sehen sind. Der Versicherer kann der vollständigen oder teilweisen Kostenübernahme innerhalb der in diesen allgemeinen Bestimmungen vorgesehenen Grenzen zustimmen oder diese ablehnen und teilt dem Versicherten den Umfang dieser Kostenübernahme mit.

- §2. Erneuerungsfrist
Nach einer Kostenübernahme durch die Denta + für Leistungen der Kieferorthopädie, Prothetik oder Parodontologie, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden, gilt eine Erneuerungsfrist vor einer erneuten Kostenerstattung für Leistungen der gleichen Art an der gleichen Stelle:
- 15 Jahre für festsitzende Prothesen und Kieferorthopädie;
 - 1 Jahr für 3D-Röntgenaufnahme vor Einsetzen des Implantats;
 - 7 Jahre für herausnehmbare Prothesen;
 - 7 Jahre für Parodontologie;
 - 1 Jahr für Zahnsteinentfernung unterhalb des Zahnfleischsaumes;
 - entsprechend den Altersgruppen, wie sie auch in den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung für die Erstattungen für Reparaturen, Ergänzungen, Neuunterfütterung von herausnehmbaren Prothesen und subgingivale Zahnsteinentfernung vorgesehen sind.
- §3. Möglichkeit der Nachprüfung
Für die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckte zahnärztliche Behandlung behält sich die CKK-Assura das Recht vor, vom Leistungserbringer die erforderlichen Unterlagen zur Nachprüfung der Art und der Durchführung der Behandlung anzufordern.

Artikel 25 – Kostenerstattungsverfahren

In Anhang 2 der Allgemeinen Bestimmungen werden einige Begriffe definiert, die in diesem Artikel verwendet werden.

- §1. Präventivbehandlungen
- Automatische Erstattung der gesetzlichen Eigenanteile der durch die gesetzliche Krankenversicherung für 19-Jährige (18-Jährige bis zum 31. August 2023) und darüber hinaus erstatteten Präventionsleistungen: jährliche Munduntersuchung, prophylaktische Reinigung.
 - Bei Zahnsteinentfernung ist keine Übernahme des von der gesetzlichen Krankenversicherung aus Gründen der Nichtkontinuität der Versorgung abgelehnten Erstattungsbetrags vorgesehen.
- §2. Kieferorthopädie
- Ab dem 1. Januar 2024 ist zu Beginn der kieferorthopädischen Behandlung, wenn die Zahnspange eingesetzt wird, ein Festbetrag von 750€ vorgesehen (375 € bis zum 31. Dezember 2023):
 - bei klassischer Behandlung, die von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet wird: Erstattung auf der Grundlage der Behandlungsbescheinigung mit den Leistungen 305631–305642 „Festbetrag für Zahnspange“ und je Behandlung, jeweils zu Beginn der Behandlung;
 - bei nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung erstatteter Behandlung: Erstattung auf der Grundlage der quittierten Honorarrechnung, auf dem die Zahnspange ausgewiesen ist.
 - Festbetrag von 250€ (50 € bis zum 31. Dezember 2023) am Ende der kieferorthopädischen Behandlung für die Retentionsspange auf der Grundlage der Rechnung für die Retentionsspange.
 - Für die vorzeitige Kieferorthopädie ist kein Festbetrag vorgesehen.

§3. Heilbehandlung

- Leistungen die von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden:
 - Automatische Erstattung der gesetzlichen Eigenanteile der durch die gesetzliche Krankenversicherung für 19-Jährige (18-Jährige bis zum 31. August 2023) und darüber hinaus erstatteten Heilbehandlungen: Beratungen, Röntgenaufnahmen, Extraktionen und zahnerhaltende Maßnahmen.
- Versorgung außerhalb der Altersgruppen, für die eine Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung vorgesehen ist:
 - Erstattung für Zahnextraktionen und Zuzahlungen für das Nähen für die von der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossene Altersgruppe bis zur Höhe der gesetzlichen Krankenversicherung- Gebührenordnung und nach den für diese Leistungen vorgesehenen Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattete Leistungen
 - Für das Ziehen eines Milchschneidezahns vor dem 5. Geburtstag ist ein Festbetrag 25€ vorgesehen.

§4. Prothesen & Implantate

- Festsitzende Prothesen und Implantate, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden:
 - Kostenerstattung bis zu 75% des vom Versicherten zu zahlenden Betrags.
- Herausnehmbare Prothesen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden:
 - Kostenerstattung für die von der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossene Altersgruppe bis zu 75% der gesetzlichen Krankenversicherung- Gebührenordnung und unter den gleichen Bedingungen wie die der gesetzlichen Krankenversicherung.
 - Kostenerstattung für Prothesenreparaturen, Zahnzusätze zu einer Prothese und Erneuerung der Unterfütterung für die von der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossene Altersgruppe bis zu 75% der gesetzlichen Krankenversicherung- Gebührenordnung und unter den gleichen Bedingungen wie die der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Herausnehmbare Prothesen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden: für Leistungen, die ab dem 1. Januar 2022 erbracht werden
 - Erstattung der gesetzlichen Eigenanteile für herausnehmbare Prothesen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden.
 - Erstattung der gesetzlichen Eigenanteile für Prothesenreparaturen, Ergänzungen an Prothesen und Basisersatz, die von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden.
- Zuzahlung für herausnehmbare Prothesen:
 - Kostenerstattung von maximal 100€ für zusätzliches und spezielles Material, das für die medizinischen und/oder funktionellen Aspekte einer Harzprothese erforderlich ist, die von der gesetzlichen Krankenversicherung oder von der Denta + erstattet wird.
 - Kostenerstattung von maximal 300€ für die Zuzahlung für eine „Skelettprothese“, die von der gesetzlichen Krankenversicherung oder von der Denta + erstattet wird.
- 3D-Röntgenaufnahme vor dem Einsetzen eines Zahnimplantats: Kostenzuschuss von bis zu 75€ für Versicherte ab 18 Jahren für Leistungen, die ab dem 1. Januar 2022 erbracht werden.

§5. Parodontologie

- Leistungen die von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden:
 - Automatische Erstattung der gesetzlichen Eigenanteile der von der gesetzlichen Krankenversicherung erstatteten Parodontalbehandlung: Bestimmung des Parodontalindex, subgingivale Zahnsteinentfernung und parodontale Munduntersuchung.
- Leistungen außerhalb der Altersgruppen, für die eine Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung vorgesehen ist:
 - Kostenerstattung für den Parodontalindex, die subgingivale Zahnsteinentfernung und die parodontale Munduntersuchung für die von der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossene Altersgruppe bis zur Höhe der Gebührenordnung der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Sinuslift oder subsinusaler Knochenaufbau vor dem Einsetzen eines Zahnimplantats: Für Leistungen, die ab dem 1. Januar 2022 erbracht werden, Zahlung eines Festbetrags von 300€ je obere Kieferhälfte für Versicherte ab 18 Jahren.
- Nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattete Behandlungen, die bei einem Zahnarzt durchgeführt werden (Parodontalchirurgie, Transplantation, Knochendefektauffüllung...)
 - Für Leistungen, die ab dem 1. Januar 2022 erbracht werden, Zahlung eines Festbetrags von 100€ pro Kieferhälfte. Versicherte, die den Höchstbetrag von 75€ erhalten haben, der noch für Leistungen galt, die bis zum 31. Dezember 2021 durchgeführt wurden, erhalten diesen Festbetrag von 100€ erst nach der in dieser Satzung vorgesehenen Erneuerungsfrist von 7 Jahren und frühestens am 1. Januar 2022.

Anhang 1

Prämien

Es gelten folgende Definitionen:

- Vertriebskosten: Kosten, die anfallen, um eine Person zu informieren, die einen Versicherungsvertrag abschließen oder zusätzliche Informationen über die Bedingungen eines bestehenden Vertrages erhalten möchte.
- Verwaltungskosten: allgemeine Kosten (= nicht direkt bedingt durch eine individualisierte Aktenführung der Versicherungsnehmer) der CKK-Assura und Betriebskosten (z.B. Kosten für die Erhebung von Prämien), die weder Vertriebskosten noch Kosten für die Verwaltung von Erstattungsanträgen der Versicherungsnehmer sind.

Die von ihrem unabhängigen externen Wirtschaftsprüfer bestätigte Jahresrechnung der CKK-Assura ist die Grundlage für die Berechnung der Prozentsätze, die für die Verteilung der von den Versicherungsnehmern zu zahlenden Prämien verwendet werden. Diese Prozentsätze werden berechnet, indem die verschiedenen Ausgabenkategorien mit den verdienten Prämien für alle Versicherungsprodukte zusammen verglichen werden.

Am 1. Januar 2025 gelten folgende jährliche Prämienbeträge:

Nicht erhöhte Prämien ohne gleichzeitigen Abschluss einer CKK-Assura-Krankenhausversicherung

Aktuelles Alter	Marktprämie (Jahresbetrag)	LIKIV-Steuer	Nettoprämie	Verwaltungskosten	Vertriebskosten	Prämie ohne diese Kosten
Bis 6 Jahre	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Von 7 bis 17 Jahre	69,72 €	0,00 €	69,72 €	5,54 €	3,11 €	61,07 €
Von 18 bis 29 Jahre	94,56 €	0,00 €	94,56 €	7,51 €	4,22 €	82,83 €
Von 30 bis 49 Jahre	157,92 €	0,00 €	157,92 €	12,54 €	7,04 €	138,34 €
Von 50 bis 64 Jahre	182,04 €	0,00 €	182,04 €	14,45 €	8,12 €	159,47 €
Ab 65 Jahren	198,00 €	0,00 €	198,00 €	15,72 €	8,83 €	173,45 €

Erhöhte Prämien ohne gleichzeitigen Abschluss einer CKK-Assura-Krankenhausversicherung

Aktuelles Alter	Alter bei Versicherungsabschluss	Marktprämie (Jahresbetrag)	LIKIV-Steuer	Nettoprämie	Verwaltungskosten	Vertriebskosten	Prämie ohne diese Kosten
Von 45 bis 49 Jahre	Von 45 bis 49 Jahre	173,88 €	0,00 €	173,88 €	13,81 €	7,76 €	152,31 €
Von 50 bis 64 Jahre	Von 45 bis 54 Jahre	200,16 €	0,00 €	200,16 €	15,89 €	8,93 €	175,34 €
	Von 55 bis 64 Jahre	218,52 €	0,00 €	218,52 €	17,35 €	9,75 €	191,42 €
Ab 65 Jahren	Von 45 bis 54 Jahre	217,68 €	0,00 €	217,68 €	17,28 €	9,71 €	190,69 €
	Von 55 bis 64 Jahre	237,60 €	0,00 €	237,60 €	18,87 €	10,60 €	208,13 €
	Ab 65 Jahren	277,44 €	0,00 €	277,44 €	22,03 €	12,37 €	243,04 €

Nicht erhöhte Prämien bei gleichzeitigem Abschluss einer CKK-Assura-Krankenhausversicherung

Aktuelles Alter	Marktprämie (Jahresbetrag)	LIKIV-Steuer	Nettoprämie	Verwaltungskosten	Vertriebskosten	Prämie ohne diese Kosten
Bis 6 Jahre	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Von 7 bis 17 Jahre	63,00 €	0,00 €	63,00 €	5,00 €	2,81 €	55,19 €
Von 18 bis 29 Jahre	85,32 €	0,00 €	85,32 €	6,77 €	3,81 €	74,74 €
Von 30 bis 49 Jahre	142,20 €	0,00 €	142,20 €	11,29 €	6,34 €	124,57 €
Von 50 bis 64 Jahre	163,80 €	0,00 €	163,80 €	13,01 €	7,31 €	143,48 €
Ab 65 Jahren	178,08 €	0,00 €	178,08 €	14,14 €	9,94 €	156,00 €

Erhöhte Prämien mit gleichzeitigem Abschluss einer CKK-Assura-Krankenhausversicherung

Aktuelles Alter	Alter bei Versicherungsabschluss	Marktprämie (Jahresbetrag)	LIKIV-Steuer	Nettoprämie	Verwaltungskosten	Vertriebskosten	Prämie ohne diese Kosten
Von 45 bis 49 Jahre	Von 45 bis 49 Jahre	156,48 €	0,00 €	156,48 €	12,42 €	6,98 €	137,08 €
Von 50 bis 64 Jahre	Von 45 bis 54 Jahre	179,76 €	0,00 €	179,76 €	14,27 €	8,02 €	157,47 €
	Von 55 bis 64 Jahre	196,56 €	0,00 €	196,56 €	15,61 €	8,77 €	172,18 €
Ab 65 Jahren	Von 45 bis 54 Jahre	196,08 €	0,00 €	196,08 €	15,57 €	8,75 €	171,76 €
	Von 55 bis 64 Jahre	213,72 €	0,00 €	213,72 €	16,97 €	9,53 €	187,22 €
	Ab 65 Jahren	249,84 €	0,00 €	249,84 €	19,84 €	11,14 €	218,86 €

Anhang 2

Begriffserläuterungen

UNFALL

Plötzliches unvorhersehbares Ereignis, das außerhalb der Kontrolle des Versicherten liegt und die körperliche Unversehrtheit der Person durch die plötzliche Einwirkung einer äußeren Kraft beeinträchtigt und Gesundheitskosten verursacht.

ZUSATZVERSICHERUNG

Alle operativen Geschäfte und sonstigen Dienstleistungen, die zugunsten der Mitglieder, die ihre Beiträge regelmäßig entrichten, von der CKK und dem Landesbund der Christlichen Krankenkassen angeboten werden.

GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG (PFLICHTVERSICHERUNG)

Versicherung, die als Teil der sozialen Sicherheit vom Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung verwaltet wird und Anspruch auf Erstattung der Gesundheitsleistungen und Zahlung der Geldleistungen bei Arbeitsunfähigkeit eröffnet.

ÄHNLICHE ZAHNZUSATZVERSICHERUNG

Jede Versicherung mit Entschädigungsfunktion, deren Erstattungen von der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannte Leistungen sowie von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht anerkannte Leistungen umfassen.

VERSICHERTER

Versicherungsnehmer und unter den besonderen Bestimmungen und eventuellen Nachträgen bezeichnete mitversicherte Angehörige, die in den Genuss der in der Versicherungspolice genannten Versicherungsleistungen kommen.

VERSICHERUNGSVERTRAG

Vertrag, bei dem sich der Versicherer gegen Zahlung einer Prämie verpflichtet, dem Versicherungsnehmer (und den Zweitversicherten) eine im Vertrag festgelegte Leistung zu erbringen, die sich aus den

allgemeinen Bestimmungen, den besonderen Bestimmungen und etwaigen Änderungen zusammensetzt.

VERSICHERUNGSDECKUNG

Erstattungen oder Leistungen, die der Versicherer laut Vertrag gewähren muss, wenn der Versicherungsfall eintritt.

ZAHNIMPLANTAT

Eine Schraube, die im Zahnfleischknochen befestigt ist, um die natürliche Stütze des nicht mehr vorhandenen Zahnes zu ersetzen: die Zahnwurzel.

MAXIMALE GESUNDHEITSRECHNUNG

Eine finanzielle Härteregelung, die die jährlichen Gesundheitsausgaben eines Haushalts auf einen maximalen Betrag pro Kalenderjahr begrenzt, basierend auf Einkommen und Gesundheit.

KRANKENKASSENHAUSHALT

Ein Krankenkassenhaushalt umfasst einen eigenständig Versicherten und seine(n) unterhaltsberechtigten Mitversicherte(n) gemäß den Regeln, die in der Pflichtversicherung für Gesundheitspflege festgelegt sind.

KIEFERORTHOPÄDIE

Fachgebiet der Zahnheilkunde, das sich der Korrektur von Kiefer- und Zahnfehlstellungen widmet, um die Okklusion und die Entwicklung von Knochenbasen für funktionelle und ästhetische Zwecke zu optimieren.

PARODONTOLOGIE

Fachgebiet der Zahnheilkunde, die sich der Behandlung des Parodontiums widmet, d.h. der Gewebe, die den Zahn stützen: Zahnfleisch, Alveolarknochen, Zement und Alveolarband.

MITVERSICHERTER

Person, die mit der Akte des Hauptversicherten verbunden ist, auch eigenständig Versicherter genannt, und die die gleichen Vorteile genießt.

VERSICHERUNGSNEHMER

Person, die die Versicherung auf eigene Rechnung und/oder zugunsten der anderen Zweitversicherten/ anderer Zweitversicherter/der anderen Zweitversicherter abschließt.

der für die Gesundheitsleistungen (gemäß Artikel 2) des koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vom 14. Juli 1994 eigenständig Versicherte.

PRÄMIE

In der Satzung der CKK-Assura festgelegter Betrag, gegebenenfalls zuzüglich der Steuer auf Versicherungsverträge und aller Steuern, Abgaben oder Gebühren, die gesetzlich oder durch andere Regelwerke vorgeschrieben sind.

ZAHNPROTHESE

Vorrichtung, die dazu bestimmt ist, fehlende Zähne durch herausnehmbare Prothesen, festsitzende Prothesen oder Prothesen auf Zahnimplantaten zu ersetzen.

HERAUSNEHMBARE PROTHESE

Voll- oder Teilzahnersatz, der von der Person, die ihn trägt, entfernt und wieder eingesetzt werden kann. Sie kann ausschließlich aus Harz bestehen oder eine starre Metallbasis haben.

FESTSITZENDE PROTHESE

Zahnprothese, die im Mund befestigt wird, entweder an einem bestehenden Zahn, einem Inlay-Kern oder einem Zahnimplantat. Sie kann einen oder mehrere Zähne ersetzen.

WARTEZEIT

Zeitraum, in dem die Versicherung keinerlei Schadensfall abdeckt.

GESETZLICHER EIGENANTEIL

Unterschied, zwischen der vertraglich festgelegten Gebühr und der Erstattung durch den Versicherungsträger, die der Patient selbst zu tragen hat.

EIGENSTÄNDIG VERSICHERTER

Mitglied im Sinne des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände:

Die CKK-Assura ist eine vom Kontrollamt der Krankenkassen unter der Nummer 150/2 zugelassene Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit, die Versicherungen im Sinne des Zweigs 2 des Anhangs 1 des Königlichen Erlasses vom 22. Februar 1991 zur Einführung einer allgemeinen Regelung über die Kontrolle der Versicherungsunternehmen, sowie zur ergänzenden Deckung von Risiken, die zu der in Zweig 18 des Anhangs 1 des obengenannten Königlichen Erlasses genannten Beistands gehören, anbietet.

Die CKK, dessen Sozialsitz in der Chaussée de Haecht 579, BK 40 in 1031 Brüssel gelegen ist, ist Versicherungsvermittler der CKK-Assura.

Foto © AdobeStock – CKK-ASSURA –009706-01-01-2025



Weitere Auskünfte?

Besuchen Sie ckk-mc.be/denta

Kontaktieren Sie einen unserer Kundenberater:

ckk-mc.be/kontakt

Lesen Sie das Merkblatt zur Denta + unter

ckk-mc.be/allgemeine-bestimmungen



CKK. Mitten im Leben.