

Tarif EZ

Ergänzungstarif für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) mit Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 2009).

I. Versicherungsleistungen

1. Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz einschl. Reparaturen und Wiedereingliederungsmaßnahmen. Als **erstattungsfähige Aufwendungen** gelten die Rechnungsbeträge, soweit die Gebühren im Rahmen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen oder soweit der Zahnersatz im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht wird.

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschl. Brücken, Kronen und Einlagefüllungen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische sowie implantologische Leistungen.

Erstattungsfähig im Rahmen dieser medizinisch notwendigen Heilbehandlung sind weiterhin zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers^{*)} aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden. Der Versicherer kann das Preis- und Leistungsverzeichnis abändern, um die Erstattung der angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen (§ 9 GOZ) sicherzustellen.

*) Das Preis- und Leistungsverzeichnis ist diesen Unterlagen beigelegt.

2. Erstattungshöhe

Die **erstattungsfähigen Aufwendungen** nach I. 1. werden zu **30 %** ersetzt.

Zu Beginn der Versicherung gelten für die **Erstattungen** nachstehende Höchstbeträge:

insgesamt	180 EUR	bis zum Ende des 1. Versicherungsjahres
insgesamt	360 EUR	bis zum Ende des 2. Versicherungsjahres
insgesamt	540 EUR	bis zum Ende des 3. Versicherungsjahres
insgesamt	720 EUR	bis zum Ende des 4. Versicherungsjahres
	unbegrenzt	ab dem 5. Versicherungsjahr

Bei Zahnersatz infolge eines Unfalls entfallen diese Höchstbeträge für den jeweiligen Versicherungsfall.

Zur Erstattung von Leistungen für Zahnersatz muss dem Versicherer zusammen mit der Rechnung ein von der gesetzlichen Krankenversicherung genehmigter und abgerechneter **Heil- und Kostenplan** des Zahnarztes vorgelegt werden. Die Gesamterstattung einschließlich der Vorleistung darf 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen nach I. 1. nicht überschreiten.

Die Erstattung für implantologische Leistungen einschließlich Material- und Laborkosten ist auf maximal 6 Implantate im Oberkiefer und 4 Implantate im Unterkiefer beschränkt.

II. Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif EZ können Personen versichert werden, die bei einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Entfällt eine dieser Voraussetzungen, so endet die Versicherung für die betreffende versicherte Person zum Ende des Monats, in dem der Wegfall der Voraussetzung eingetreten ist.

Tarif EZT

Ergänzungstarif für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

I. Versicherungsleistungen

1. Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz einschl. Reparaturen und Wiedereingliederungsmaßnahmen sowie dafür erforderliche zahnärztliche Leistungen. Als **erstattungsfähige Aufwendungen** gelten die Rechnungsbeträge, soweit die Gebühren im Rahmen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen oder soweit der Zahnersatz im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht wird.

- 1.1. Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschl. Brücken, Kronen und Inlays (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.
- 1.2. Als Zahnersatz gelten außerdem implantologische Leistungen.
- 1.3. Erstattungsfähig im Rahmen dieser medizinisch notwendigen Heilbehandlung sind weiterhin zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers*^{*)} aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden. Der Versicherer kann das Preis- und Leistungsverzeichnis abändern, um die Erstattung der angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen (§ 9 GOZ) sicherzustellen.

*) Das Preis- und Leistungsverzeichnis ist diesen Unterlagen beigelegt.

2. Erstattungshöhe

Die **erstattungsfähigen Aufwendungen** nach Punkt I. 1. werden - unter Anrechnung der Vorleistungen der GKV und der HanseMerkur Krankenversicherung AG nach dem unter Punkt II. angegebenen versicherten Tarif - zu

100 %

ersetzt, sofern eine Regelversorgung der GKV ausschließlich im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführt wird. Wird eine Behandlung mit privatärztlichen Anteilen gewählt, verringert sich der Erstattungssatz auf

90 %.

Zu Beginn der Versicherung gelten für die **Erstattungen** nachstehende Höchstbeträge:

insgesamt	420 EUR	bis zum Ende des 1. Versicherungsjahres
insgesamt	840 EUR	bis zum Ende des 2. Versicherungsjahres
insgesamt	1.260 EUR	bis zum Ende des 3. Versicherungsjahres
insgesamt	1.680 EUR	bis zum Ende des 4. Versicherungsjahres
	unbegrenzt	ab dem 5. Versicherungsjahr

Bei Zahnersatz infolge eines Unfalls entfallen diese Höchstbeträge für den jeweiligen Versicherungsfall.

Erfolgt eine Vorleistung durch die GKV, so muss dem Versicherer zur Erstattung von Leistungen für Zahnersatz zusammen mit der Rechnung ein von der GKV genehmigter und abgerechneter Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorgelegt werden.

Wird eine Regelversorgung der GKV ausschließlich im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführt, so darf die Gesamterstattung einschließlich der Vorleistungen der GKV und der HanseMerkur Krankenversicherung AG nach dem unter Punkt II. angegebenen versicherten Tarif die erstattungsfähigen Aufwendungen nach Punkt I. 1. nicht überschreiten. Wird eine Behandlung mit privatärztlichen Anteilen gewählt, so darf die Gesamterstattung 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen nach Punkt I. 1. nicht überschreiten. Wird für Behandlungen nach Punkt I. 1. 1. keine Vorleistung der GKV nachgewiesen, so wird für diese Leistungen einschließlich zugehöriger zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien gemäß Punkt I. 1. 3. eine fiktive Vorleistung der GKV in Höhe von 40 % der erstattungsfähigen Aufwendungen angesetzt.

Die Erstattung für implantologische Leistungen gemäß Punkt I. 1. 2. einschließlich Material- und Laborkosten gemäß Punkt I. 1. 3. ist auf maximal 6 Implantate im Oberkiefer und 4 Implantate im Unterkiefer beschränkt.

II. Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif EZT können Personen versichert werden, die bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Eine Versicherung nach Tarif EZT ist nur zusammen mit einem der Tarife EST, ESTH, EZ und EG möglich.

Entfällt eine dieser Voraussetzungen, so endet die Versicherung für die betreffende versicherte Person zum Ende des Monats, in dem der Wegfall der Voraussetzung eingetreten ist.

Tarif EZP

Ergänzungstarif für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

I. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind die gemäß Punkt I. 1. bis I. 4. angegebenen Aufwendungen für Zahnbehandlung und Prophylaxe. Als **erstattungsfähige Aufwendungen** gelten die Rechnungsbeträge, soweit die Gebühren im Rahmen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen oder soweit die Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht wird.

Sieht die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im Versicherungsfall eine Leistung vor, so besteht ein Leistungsanspruch aus Tarif EZP nur nach Vorleistung der GKV. Diese ist nachzuweisen; die Erstattung aus Tarif EZP wird um die Vorleistung gemindert. Hat die versicherte Person in der GKV einen Selbstbehalt gemäß § 53 SGB V vereinbart, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der GKV.

1. Zahnprophylaxe 100 %

Erstattungsfähig sind die folgenden zahnmedizinischen Prophylaxemaßnahmen:

- Professionelle Zahnreinigung,
- Zahnsteinentfernung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung,
- Professionelle Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Kontrolle des Übungserfolgs.

Die Erstattung für Leistungen gemäß Punkt I. 1. ist auf insgesamt **50 EUR** pro Kalenderjahr begrenzt.

2. Besondere Füllungen 100 %

Ersetzt werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für besondere Füllungen (Komposit- / Kunststofffüllungen). Amalgamfüllungen und Inlays fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

3. Wurzelbehandlung 100 %

Ersetzt werden die zusätzlichen erstattungsfähigen Aufwendungen im Rahmen einer von der GKV getragenen Wurzelbehandlung (Wurzelkanalbehandlung, Wurzelspitzenresektion).

4. Fissurenversiegelung 100 %

Ändert die GKV den Leistungsumfang für Zahnbehandlungen und -prophylaxe, so kann der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders die Leistungen gemäß Punkt I. ändern, um für den Versicherten weiterhin einen sachgerechten Ergänzungsschutz sicherzustellen.

II. Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif EZP können Personen versichert werden, die bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Entfällt eine dieser Voraussetzungen, so endet die Versicherung für die betreffende versicherte Person zum Ende des Monats, in dem der Wegfall der Voraussetzung eingetreten ist.