

Tarif EZS

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 einschließlich Reparaturen und Wiedereingliederungsmaßnahmen. Als **erstattungsfähige Aufwendungen** gelten die Rechnungsbeträge, soweit die hiermit geltend gemachten 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. Eine gesondert vereinbarte ärztliche oder zahnärztliche Behandlung im Rahmen eines stationären Aufenthaltes ist nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschl. Brücken, Kronen und Inlays (Einlagefüllungen), 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 zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Personen anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz.

*) 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

Ist der Zahnersatz wegen eines Unfalles (siehe § 1 (1) AVB/KS) erforderlich, der nach der Policierung eingetreten ist, so 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.

Einschränkungen

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

II. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, die bei einem Kooperationspartner der HanseMerkur Krankenversicherung AG gesetzlich krankenversichert sind und dort Anspruch auf ärztliche und zahnärztliche Behandlung haben.

Endet für eine versicherte Person der Versicherungsschutz bei diesem Kooperationspartner durch Wechsel zu einem anderen gesetzlichen Krankenversicherer oder endet der Kollektivvertrag zwischen dem Kooperationspartner und der HanseMerkur Krankenversicherung AG, so endet gleichzeitig der Versicherungsschutz nach diesem Tarif; die Versicherung wird in einem vergleichbaren Tarif der HanseMerkur Krankenversicherung AG fortgeführt.

Endet für eine versicherte Person der Versicherungsschutz innerhalb der GKV, so endet die Versicherung nach Tarif EZS für die betreffende versicherte Person zum Ende des Monats, in dem der Wegfall der Voraussetzung eingetreten ist.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer die Beendigung des Versicherungsschutzes einer versicherten Person bei dem Kooperationspartner bzw. innerhalb der GKV unverzüglich in Textform mitzuteilen.

III. Beiträge

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 15. bzw. das 65. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. In diesen Fällen besteht gemäß § 13 (3) AVB/KS ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Die Bestimmungen zur Beitragsanpassung gemäß § 8b AVB/KS bleiben hiervon unberührt.

IV. Anpassung der Tarifleistungen

Ändert die GKV den Leistungsumfang für Zahnersatz, so kann der Versicherer die Leistungen gemäß Punkt I.1. bzw. I.2. zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Personen anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz.