

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. Gesondert vereinbarte ärztliche oder zahnärztliche Behandlung im Rahmen eines stationären Aufenthaltes ist nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

- 1.1. Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschl. Brücken, Kronen und Inlays (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes).
- 1.2. Als Zahnersatz gelten außerdem implantologische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische 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 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 Punkt I. 1. werden - unter Anrechnung der Vorleistungen entweder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder der Heilfürsorge und der HanseMerkur Krankenversicherung AG nach dem unter Punkt II. angegebenen versicherten Tarif - zu

100 %

ersetzt, sofern eine Regelversorgung der GKV (bzw. bei Heilfürsorgeempfängern eine Regelversorgung im Sinne des § 56 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)) 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, der nach der Policierung eingetreten ist, entfallen diese Höchstbeträge für den jeweiligen Versicherungsfall.

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

Wird eine Regelversorgung der GKV (bzw. bei Heilfürsorgeempfängern eine Regelversorgung im Sinne des § 56 SGB V) ausschließlich im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführt, so darf die Gesamterstattung einschließlich der Vorleistungen des jeweiligen Kostenträgers (GKV oder Heilfürsorge) 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. von Versicherten der GKV 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.

Versicherte mit Anspruch auf Heilfürsorge können für Aufwendungen nach Punkt I. 1.1. einschließlich zugehöriger zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien gemäß Punkt I. 1.3. nur dann Erstattungen in Anspruch nehmen, wenn eine Vorleistung der Heilfürsorge nachgewiesen wird.

Einschränkungen

Die Erstattung für implantologische Leistungen gemäß Punkt I. 1.2. einschließlich zugehöriger 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. Heilfürsorgeempfänger stehen den GKV-Versicherten gleich. An die Stelle der Vorleistung der GKV tritt in diesem Fall die Vorleistung der Heilfürsorge. Eine Versicherung nach Tarif EZT ist nur zusammen mit einem der Tarife BKD, E2, E3, EG, EST, ESTH, EZ, EZS, plus 2, plus 3, plus G oder plus Zahn möglich. Für Heilfürsorgeempfänger ist eine Versicherung nach Tarif EZT nur zusammen mit Tarif EZ 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.