

Tarif koop ZT

Ergänzungstarif für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Rahmen eines Kollektivvertrags

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

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif koop ZT 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 oder endet der Kollektivvertrag zwischen dem Kooperationspartner und der HanseMerkur Krankenversicherung AG, so endet der Versicherungsschutz nach Tarif koop ZT zum Ende des Monats, in dem der Wegfall der Voraussetzungen eingetreten ist; die Versicherung wird im Rahmen der Einzelversicherung in einem vom Leistungsumfang her vergleichbaren Tarif der HanseMerkur Krankenversicherung AG fortgeführt, sofern für die versicherte Person weiterhin Versicherungsschutz in der deutschen GKV besteht. Der während der Versicherung beim Kooperationspartner bestehende Beitragsnachlass entfällt mit der Umstellung in einen Tarif der Einzelversicherung.

Der Tarif koop ZT kann nur als Ergänzung zu den Tarifen BKD, E2, E3, EG, EST, ESTH, EZ, EZS, plus 2, plus 3, plus G, plus Zahn oder koop Zahn der HanseMerkur Krankenversicherung AG abgeschlossen werden. Endet die Versicherung nach Tarif BKD, E2, E3, EG, EST, ESTH, EZ, EZS, plus 2, plus 3, plus G, plus Zahn oder koop Zahn, so endet auch die Versicherung nach Tarif koop ZT.

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

II. 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 II. 1. werden - unter Anrechnung der Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der HanseMerkur Krankenversicherung AG **nach dem unter Punkt I. 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, der nach der Policierung eingetreten ist, 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 I. angegebenen versicherten Tarif die erstattungsfähigen Aufwendungen nach Punkt II. 1. nicht überschreiten. Wird eine Behandlung mit privatärztlichen Anteilen gewählt, so darf die Gesamterstattung 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen nach Punkt II. 1. nicht überschreiten. Wird für Behandlungen nach Punkt II. 1.1. keine Vorleistung der GKV nachgewiesen, so wird für diese Leistungen einschließlich zugehöriger zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien gemäß Punkt II. 1.3. eine fiktive Vorleistung der GKV in Höhe von 40 % der erstattungsfähigen Aufwendungen angesetzt.

Einschränkungen

Die Erstattung für implantologische Leistungen gemäß Punkt II. 1.2. einschließlich zugehöriger Material- und Laborkosten gemäß Punkt II. 1.3. ist auf maximal 6 Implantate im Oberkiefer und 4 Implantate im Unterkiefer beschränkt.