

Tarif ZE

Ergänzungstarif für Zahnersatz und Kieferorthopädie

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

A. Versicherungsfähigkeit

Tarif ZE kann als Ergänzungstarif zu einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder einer privaten Krankenversicherung, die Leistungen für Zahnersatz umfasst, abgeschlossen werden. Tarif ZE wird pro Person erstmals für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht gemäß § 13 oder § 14 der Muster- und Tarifbedingungen in Textform gekündigt wird.

B. Versicherungsleistungen

1. Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie. Als erstattungsfähige Aufwendungen gelten die Rechnungsbeträge, soweit sie den 2,7-fachen Satz der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) nicht übersteigen. Anderenfalls werden die Rechnungsbeträge auf den 2,7-fachen Satz gekürzt.

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

Als Kieferorthopädie gelten Zahn- und Kieferregulierung.

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 und Erstattungsvoraussetzung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen nach Punkt B. 1. werden nach Vorleistung der gesetzlichen bzw. der privaten Krankenversicherung zu

30 %

ersetzt. Die Gesamterstattung einschließlich einer Vorleistung darf 90 % des Rechnungsbetrages nicht überschreiten.

Zu Beginn der Versicherung gelten für die **erstattungsfähigen Aufwendungen** nach Punkt B. 1. nachstehende Höchstbeträge:

bis zum Ende des 1. Versicherungsjahres:	insgesamt	1.540 EUR
bis zum Ende des 2. Versicherungsjahres:	insgesamt	3.070 EUR
bis zum Ende des 3. Versicherungsjahres:	insgesamt	4.610 EUR
bis zum Ende des 4. Versicherungsjahres:	insgesamt	6.140 EUR
ab dem 5. Versicherungsjahr:		12.790 EUR pro Jahr

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgt.

Sind Zahnersatz oder Kieferorthopädie wegen eines Unfalls erforderlich, so entfallen die Höchstbeträge für den jeweiligen Versicherungsfall.

Die Wartezeit beträgt 8 Monate. Sie entfällt bei Unfällen.

C. Monatsbeiträge je versicherte Person (§§ 8, 8a, 8b Muster- und Tarifbedingungen)

Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Kalenderjahr und dem Geburtsjahr. Für Kinder ist ab Ende des Kalenderjahres, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, der Beitrag für Erwachsene zu entrichten.