

# Tarif ZE50

## Ergänzungstarif für Zahnersatz

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)  
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung  
Teil I – Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) mit Teil II – Tarifbedingungen (TB/KK 2011).

### I. Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif ZE50 können Personen versichert werden, die bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

### II. Leistungen des Versicherers

#### 1. Aufwendungen für Zahnersatz

Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Aufwendungen für:

- Zahnkronen, Einlagefüllungen/Inlays, plastische Zahnfüllungen, prothetische Leistungen (z. B. Brücken und Prothesen), Reparaturen, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie implantologische Leistungen (inkl. knochenaufbauender, augmentativer Maßnahmen) einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der GOZ bzw. GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen,
- zahntechnische Laborarbeiten und Materialien.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 50 % des Rechnungsbetrages erstattet. Die Gesamterstattung darf einschließlich der Vorleistung der GKV sowie sonstiger Leistungen Dritter 90 % des Rechnungsbetrages nicht überschreiten.

#### 2. Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung

Aufwendungen für prophylaktische Leistungen sowie professionelle Zahnreinigung werden kalenderjährlich bis zu 50 EUR übernommen.

#### 3. Aufwendungen für Kieferorthopädie bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Kieferorthopädie mit vorbereitenden Maßnahmen bei den kieferorthopädischen Indikationsgruppen\* 1 bis 5, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der GOZ bzw. GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen,
- kieferorthopädische Laborarbeiten und Materialien.

Kosmetische Verlangensleistungen inkl. der hierdurch veranlassten Materialkosten werden nicht erstattet.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 50 % des Rechnungsbetrages erstattet. Die Gesamterstattung darf einschließlich der Vorleistung der GKV sowie sonstiger Leistungen Dritter 90 % des Rechnungsbetrages nicht überschreiten.

Nicht erstattungsfähig ist der Eigenanteil, der dadurch entsteht, dass die versicherte Person eine zu Lasten der GKV durchgeführte kieferorthopädische Maßnahme nicht beendet.

\* Eine Definition der kieferorthopädischen Indikationsgruppen stellen wir Ihnen gern zur Verfügung.

#### 4. Rechnungshöchstbeträge

Pro Versicherungsjahr gelten zusammengefasst für Zahnersatz und Kieferorthopädie nachstehende Rechnungshöchstbeträge:

|     |        |                            |
|-----|--------|----------------------------|
| EUR | 500    | im 1. Versicherungsjahr**) |
| EUR | 750    | im 2. Versicherungsjahr    |
| EUR | 1.500  | im 3. Versicherungsjahr    |
| EUR | 2.000  | im 4. Versicherungsjahr    |
| EUR | 3.000  | im 5. Versicherungsjahr    |
| EUR | 10.000 | ab 6. Versicherungsjahr.   |

\*\* Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich der Höchstbetrag für das 1. Versicherungsjahr um 1/12 für jeden nicht versicherten Monat.

Bei Aufwendungen infolge eines Unfalls entfallen die Höchstsätze dieser Staffel, sofern der Unfall nach Abschluss dieses Vertrages eingetreten ist.

### III. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung nach Maßgabe der Tarifbedingungen.