

Tarif koop ZP3

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).

A. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif koop ZP3 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 ZP3 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 gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht. Der während der Versicherung beim Kooperationspartner bestehende Beitragsnachlass entfällt mit der Umstellung in einen Tarif der Einzelversicherung.

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

B. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 AVB/KS)

Erstattungsfähig sind die gemäß Punkt B. 1. bis B. 7. angegebenen Aufwendungen für ambulante Zahnbehandlungen einschließlich der dazu zählenden Zahnprophylaxe. 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 die Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht wird.

Sieht die GKV im Versicherungsfall eine Leistung vor, so besteht ein Erstattungsanspruch aus Tarif koop ZP3 nur nach Vorleistung der GKV. Vorleistungen sind nachzuweisen; der Erstattungsbetrag wird um die erbrachte Vorleistung gemindert. Hat die versicherte Person in der GKV einen Selbstbehalt gemäß § 53 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) vereinbart, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der GKV.

1. Zahnprophylaxe 100 %

Erstattungsfähig sind die folgenden zahnmedizinischen Prophylaxemaßnahmen:

- Professionelle Zahnreinigung,
- Zahnsteinentfernung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung,
- Professionelle Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Kontrolle des Übungserfolgs.

Die Erstattung für Leistungen gemäß Punkt B. 1. ist auf maximal **100 EUR** pro eingereichter Rechnung und **200 EUR** pro Kalenderjahr begrenzt.

2. Zahnaufhellungen 100 %

Erstattet werden, unabhängig vom Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit, die Aufwendungen für zahnaufhellende Maßnahmen (z. B. Bleaching) bis zur Höhe von **200 EUR** innerhalb von zwei Kalenderjahren. Voraussetzung ist, dass diese Maßnahmen von einem approbierten, niedergelassenen Zahnarzt oder unter dessen ärztlicher Aufsicht nach fachlicher Weisung durchgeführt werden.

3. Besondere Füllungen 100 %

Ersetzt werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für besondere Füllungen (Komposit- / Kunststofffüllungen, Schmelz-Dentin-Adhäsive Füllungen). Amalgamfüllungen fallen nicht unter den Versicherungsschutz. Inlays (Einlagefüllungen) zählen nicht zu den besonderen Füllungen.

4. Wurzelbehandlung 100 %

Ersetzt werden die erstattungsfähigen Aufwendungen einer Wurzelbehandlung (Wurzelkanalbehandlung, Wurzelspitzenresektion).

5. Fissurenversiegelung 100 %

6. Erweiterte Schmerztherapie bei Zahnbehandlung und Zahnersatzmaßnahmen **100 %**

Die erweiterte Schmerztherapie umfasst folgende Leistungen:

- Vollnarkose,
- Kombinationsnarkose,
- Lachgas- und Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf),
- Zuschläge bei ambulanter Anästhesie und
- Akupunktur zur Schmerzprophylaxe.

7. Parodontosebehandlung **100 %**

Die folgenden zahnmedizinischen Parodontosemaßnahmen sind erstattungsfähig:

- Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation (GOZ 4025),
- Beseitigung von scharfen Zahnkanten, störenden Prothesenrändern und Fremdreizen am Parodontium (GOZ 4030),
- Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen (GOZ 1000),
- Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung (GOZ 1010),
- Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger (GOZ 1030),
- Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Aufbaumaterial (Knochen- und/oder Knochenersatzmaterial), auch Einbringen von Proteinen, zur regenerativen Behandlung parodontaler Defekte, gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme im Aufbaubereich (GOZ 4110),
- Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens (GOZ 4120),
- Verwendung einer Membran zur Behandlung eines Knochendefektes einschließlich Fixierung (GOZ 4138),
- Abformung oder Teilabformung eines Kiefers für ein Situationsmodell einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung (GOZ 0050),
- Gewinnung und Transplantation von Bindegewebe einschließlich Versorgung der Entnahmestelle (GOZ 4133),
- Zuschläge bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen (GOZ 0510 und/oder GOZ 0520) sowie Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops (GOZ 0110),
- Gewinnung und Transplantation von Schleimhaut, gegebenenfalls einschließlich Versorgung der Entnahmestelle (GOZ 4130) und
- Intraorale Infiltrationsanästhesie (GOZ 0090).

C. Wartezeiten

Für die Leistungen gemäß der Punkte B. 1. und B. 2. entfallen abweichend von § 3 Abs. 2 AVB/KS und § 3 Abs. 3 AVB/KS die allgemeine und die besondere Wartezeit.

D. Anpassung der Tarifleistungen

Ändert die GKV den Leistungsumfang für Zahnbehandlungen und -prophylaxe, so kann der Versicherer die Leistungen 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 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz.

Tarif koop ZP2

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).

A. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif koop ZP2 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 ZP2 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 gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht. Der während der Versicherung beim Kooperationspartner bestehende Beitragsnachlass entfällt mit der Umstellung in einen Tarif der Einzelversicherung.

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

B. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 AVB/KS)

Erstattungsfähig sind die gemäß Punkt B. 1. bis B. 4. angegebenen Aufwendungen für ambulante Zahnbehandlungen einschließlich der dazu zählenden Zahnprophylaxe. 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 die Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht wird.

Sieht die GKV im Versicherungsfall eine Leistung vor, so besteht ein Erstattungsanspruch aus Tarif koop ZP2 nur nach Vorleistung der GKV. Vorleistungen sind nachzuweisen; der Erstattungsbetrag wird um die erbrachte Vorleistung gemindert. Hat die versicherte Person in der GKV einen Selbstbehalt gemäß § 53 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) vereinbart, zahlt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der GKV.

1. Zahnprophylaxe 100 %

Erstattungsfähig sind die folgenden zahnmedizinischen Prophylaxemaßnahmen:

- Professionelle Zahnreinigung,
- Zahnsteinentfernung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung,
- Professionelle Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Kontrolle des Übungserfolgs.

Die Erstattung für Leistungen gemäß Punkt B. 1. ist auf maximal **80 EUR** pro eingereichter Rechnung und **160 EUR** pro Kalenderjahr begrenzt.

2. Besondere Füllungen 100 %

Ersetzt werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für besondere Füllungen (Komposit- / Kunststofffüllungen, Schmelz-Dentin-Adhäsive Füllungen). Amalgamfüllungen fallen nicht unter den Versicherungsschutz. Inlays (Einlagefüllungen) zählen nicht zu den besonderen Füllungen.

3. Wurzelbehandlung 100 %

Ersetzt werden die zusätzlichen erstattungsfähigen Aufwendungen im Rahmen einer von der GKV getragenen Wurzelbehandlung (Wurzelkanalbehandlung, Wurzelspitzenresektion).

4. Fissurenversiegelung 100 %

Ändert die GKV den Leistungsumfang für Zahnbehandlungen und -prophylaxe, so kann der Versicherer die Leistungen 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 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz.

C. Wartezeiten

Für die Leistungen gemäß Punkt B. 1. entfallen abweichend von § 3 Abs. 2 AVB/KS und § 3 Abs. 3 AVB/KS die allgemeine und die besondere Wartezeit.

Tarif koop ZP

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

II. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind die gemäß Punkt II. 1. bis II. 4. angegebenen Aufwendungen für Zahnbehandlung einschließlich der dazu zählenden Prophylaxe. 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 die Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht wird.

Sieht die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im Versicherungsfall eine Leistung vor, so besteht ein Leistungsanspruch aus Tarif koop ZP nur nach Vorleistung der GKV. Diese ist nachzuweisen; die Erstattung aus Tarif koop ZP wird um die Vorleistung gemindert. Hat die versicherte Person in der GKV einen Selbstbehalt gemäß § 53 SGB V vereinbart, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der GKV.

1. Zahnprophylaxe 100 %

Erstattungsfähig sind die folgenden zahnmedizinischen Prophylaxemaßnahmen:

- Professionelle Zahnreinigung,
- Zahnsteinentfernung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung,
- Professionelle Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Kontrolle des Übungserfolgs.

Die Erstattung für Leistungen gemäß Punkt II. 1. ist auf insgesamt **65 EUR** pro Kalenderjahr begrenzt.

2. Besondere Füllungen 100 %

Ersetzt werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für besondere Füllungen (Komposit- / Kunststofffüllungen). Amalgamfüllungen und Inlays fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

3. Wurzelbehandlung 100 %

Ersetzt werden die zusätzlichen erstattungsfähigen Aufwendungen im Rahmen einer von der GKV getragenen Wurzelbehandlung (Wurzelkanalbehandlung, Wurzelspitzenresektion).

4. Fissurenversiegelung 100 %

Ändert die GKV den Leistungsumfang für Zahnbehandlungen und -prophylaxe, so kann der Versicherer die Leistungen gemäß Punkt II. 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.