

Tarif EG

Ergänzungstarif für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

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

A. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 AVB/KS)

1. Brillen 100 % bis 180 EUR

der Kosten für Brillen einschließlich Brillengläser werden erstattet.

- 1.1. Erfolgt keine Vorleistung durch die GKV, entsteht ein Anspruch auf die Leistung für den erneuten Bezug einer Brille frühestens nach 24 Monaten seit dem letzten Bezug oder bei Veränderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien.
- 1.2. Erfolgt eine Vorleistung durch die GKV, so werden nur die nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Kosten erstattet.

Die Erstattung ist auf **180 EUR** pro Kalenderjahr begrenzt.

2. Zahnersatz

2.1. Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz einschl. Reparaturen und Wiedereingliederungsmaßnahmen. 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 nach Nr. 2.

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

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.

2.2. Erstattungshöhe

Die **erstattungsfähigen Aufwendungen** nach Nr. 2.1. werden zu

30 %

ersetzt.

Zu Beginn der Versicherung gelten für die **Erstattungen** nachstehende Höchstbeträge:

insgesamt	180 EUR	bis zum Ende des 1. Versicherungsjahres
insgesamt	360 EUR	bis zum Ende des 2. Versicherungsjahres
insgesamt	540 EUR	bis zum Ende des 3. Versicherungsjahres
insgesamt	720 EUR	bis zum Ende des 4. Versicherungsjahres
	unbegrenzt	ab dem 5. Versicherungsjahr

Ist der Zahnersatz wegen eines Unfalles (siehe § 1 (1) AVB/KS) erforderlich, der nach der Policierung eingetreten ist, so entfallen diese Höchstbeträge für den jeweiligen Versicherungsfall.

Zur Erstattung von Leistungen für Zahnersatz muss dem Versicherer zusammen mit der Rechnung ein von der gesetzlichen Krankenversicherung genehmigter und abgerechneter **Heil- und Kostenplan** des Zahnarztes vorgelegt werden. Die Gesamterstattung einschließlich der Vorleistung darf 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen nach Nr. 2.1. nicht überschreiten.

Die Erstattung für implantologische Leistungen einschließlich Material- und Laborkosten ist auf maximal 6 Implantate im Oberkiefer und 4 Implantate im Unterkiefer beschränkt.

3. Krankenhausbehandlung bei Unfall

Leistungspflicht nach Nr. 3.1., 3.2. und 3.3. besteht für medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlungen, die auf einen Unfall zurückzuführen sind (vgl. § 1 (1) AVB/KS).

Die Leistungspflicht nach Nr. 3.1., 3.2. und 3.3. entfällt für Unfälle, die auf die Ausübung folgender Risikosportarten zurückzuführen sind:

Skispringen, Drachenfliegen, Paragliding, Motorrennsport, Boxen, Kickboxen, Thaiboxen, Vollkontaktkarate, Rugby oder Freeclimbing.

Der Versicherer kann auch für bestehende Verträge den Katalog der von der Leistungspflicht ausgeschlossenen Risikosportarten erweitern, wenn neue, gefährliche Sportarten einen signifikanten Anteil an den Leistungsfällen aufweisen. Die Änderung wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderung an den Versicherungsnehmer folgt. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

3.1. Wahlleistungen 100 %

Erstattungsfähig sind die Kosten für Wahlleistungen gemäß § 16 der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. gemäß § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Hiernach gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung. Soweit Krankenhäuser gesonderte Zuschläge für besondere Verpflegungsarten, Sanitärzelle, Fernsprecher, Radio- und Fernsehgeräte erheben, werden diese tarifgemäß erstattet. Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) sind im Rahmen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattungsfähig (§ 4 (2) AVB/KS). Aufwendungen für Material- und Laborkosten im Zusammenhang mit Zahnbehandlung, -ersatz oder Kieferorthopädie sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes nach Nr. 3.1.

Maßgeblich für die Kostenerstattung ist, für welche Unterbringungsart (Ein- oder Zweibettzimmer) das Krankenhaus den Zuschlag zu den allgemeinen Krankenhausleistungen (Mehrbettzimmer) berechnet. Mit den Behandlungskostenrechnungen sind diesbezügliche Nachweise vorzulegen.

Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Mehrbettzimmer) sind nicht erstattungsfähig. Für stationäre Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlungen leistet der Versicherer nicht.

Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen, werden Aufwendungen für Wahlleistungen im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß BpflV oder KHEntgG angefallen wäre.

Bei einem Verzicht auf Kostenerstattung versicherter Leistungen wird pro Behandlungstag ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe gezahlt:

- bei Verzicht auf die Erstattung für die bessere Unterkunft (Ein- und Zweibettzimmer) 30 EUR,
- bei Verzicht auf die Erstattung für privatärztliche stationäre Behandlung 20 EUR.

3.2. Zuzahlung Krankenhaus 100 %

des gesetzlichen Eigenanteils werden nach Vorleistung der GKV für längstens 28 Tage innerhalb eines Kalenderjahres erstattet.

Zugunsten der versicherten Person verzichtet der Versicherer auf die Anwendung des § 4 (5) AVB/KS.

3.3. Freie Krankenhauswahl 100 %

der für Unterkunft und Verpflegung anfallenden Mehrkosten des Mehrbettzimmers ohne privatärztliche Leistungen werden erstattet, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland aufsucht. Voraussetzung ist, dass das aufgesuchte Krankenhaus gemäß Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abrechnet.

Zugunsten der versicherten Person verzichtet der Versicherer auf die Anwendung des § 4 (5) AVB/KS.

4. Auslandsreisen 100 %

der Aufwendungen für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff vor Auslandsreisen werden erstattet. Versichert sind Impfungen gegen Cholera, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Hepatitis. Die Kostenerstattung ist beschränkt auf **100 EUR** pro Versicherungsjahr (siehe dazu § 4 (1) AVB/KS).

Ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland während maximal 6-wöchiger Reisen wird zu

100 %

erstattet. Als Heilbehandlung gelten:

- ärztliche Behandlung einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung und Behandlung wegen Fehlgeburt; nicht aber psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung, Schwangerschaftsunterbrechungen und Entbindungen (mit Ausnahme von Frühgeburten);
- ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel. Als Medikamente gelten nicht - auch wenn sie ärztlich verordnet sind - Nähr-, Stärkungsmittel sowie kosmetische Präparate;

- ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen; ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen; ärztlich verordnete Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles notwendig werden; Röntgendiagnostik;
- stationäre Behandlung, sofern diese in einer Anstalt erfolgt, die im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist, die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt; Transport zum für die Behandlung geeigneten nächsterreichbaren Krankenhaus bzw. Arzt und zurück; Operationen.

Erfordert eine Erkrankung, für die Versicherungsschutz besteht, während des Auslandsaufenthaltes über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, so besteht die Leistungspflicht für die Heilbehandlungskosten weiter, sofern die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist. Die Kosten für die Heilbehandlung werden jedoch nur bis zum Tage der Transportfähigkeit, längstens jedoch jeweils bis zur Dauer von vier Wochen über das Ablaufdatum des Versicherungsschutzes hinaus (vorübergehende Reisen bis zu 6 Wochen Dauer), übernommen.

Erstattet werden ferner

100 %

- der Aufwendungen für schmerzstillende Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen). Kein Leistungsanspruch besteht für Zahnersatz, Stiftzähne, Metallgussfüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlung;
- der über die bei planmäßiger Rückreise hinaus entstehenden Kosten für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport;
- der Überführungskosten nach Deutschland beim Tod einer versicherten Person während der Reise;
- der Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

Bei Reisen, die zum Zwecke der Behandlung im Ausland vorgenommen werden, besteht kein Versicherungsschutz.

Für eine versicherte Person, die EU-Ausländer ist (die also weder die deutsche Staatsangehörigkeit noch diejenige eines anderen EU-Staates hat), besteht im Land ihrer Staatsangehörigkeit oder eines (weiteren) ständigen Wohnsitzes kein Versicherungsschutz im Sinne von Nr. 4. Für eine versicherte Person, die die Staatsbürgerschaft eines EU-Staates besitzt, besteht in diesem Staat nur dann Versicherungsschutz im Sinne von Nr. 4., falls diese versicherte Person einen ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland hat.

Für die Leistungen gemäß Nr. 4. verzichtet der Versicherer auf die Erfüllung der Wartezeiten gemäß § 3 AVB/KS.

B. Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif EG können Personen versichert werden, die bei einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) der Bundesrepublik Deutschland versichert sind und die Anspruch auf ärztliche oder zahnärztliche Behandlung haben.

Entfällt diese Voraussetzung oder endet die Mitgliedschaft in der GKV, so endet die Versicherung für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem der Wegfall der Voraussetzungen eingetreten ist.

C. Beiträge

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Ab dem Ende des Kalenderjahres, in dem das 19., das 39., das 59. bzw. das 79. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. In diesen Fällen besteht gemäß § 13 (3) AVB/KS ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Die Bestimmungen der AVB/KS zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

Tarif EZE

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. 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.

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

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 I. 1. werden zu **20 %** ersetzt.

Zu Beginn der Versicherung gelten für die **Erstattungen** nachstehende Höchstbeträge:

insgesamt	120 EUR	bis zum Ende des 1. Versicherungsjahres
insgesamt	240 EUR	bis zum Ende des 2. Versicherungsjahres
insgesamt	360 EUR	bis zum Ende des 3. Versicherungsjahres
insgesamt	480 EUR	bis zum Ende des 4. Versicherungsjahres
	unbegrenzt	ab dem 5. Versicherungsjahr

Ist der Zahnersatz wegen eines Unfalles (siehe § 1 (1) AVB/KS) erforderlich, der nach der Policierung eingetreten ist, so entfallen diese Höchstbeträge für den jeweiligen Versicherungsfall.

Zur Erstattung von Leistungen für Zahnersatz muss dem Versicherer zusammen mit der Rechnung ein von dem jeweiligen Kostenträger (gesetzliche Krankenversicherung (GKV) oder Heilfürsorge) genehmigter und abgerechneter **Heil- und Kostenplan** des Zahnarztes vorgelegt werden. Die Gesamterstattung einschließlich der Vorleistungen des jeweiligen Kostenträgers (GKV oder Heilfürsorge) und der HanseMerkur Krankenversicherung AG nach dem unter Punkt II. angegebenen versicherten Tarif darf 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz nicht überschreiten.

Die Erstattung für implantologische Leistungen einschließlich Material- und Laborkosten ist auf maximal 6 Implantate im Oberkiefer und 4 Implantate im Unterkiefer beschränkt.

II. Versicherungsfähigkeit

Der Tarif EZE kann nur in Verbindung mit einer Versicherung nach den Tarifen BKD, E1, E2, E3, EG, ES, EST, ESTH, EZ, EZS, plus 1, plus 2, plus 3, plus G oder plus Zahn als Ergänzung abgeschlossen werden.

Endet die Versicherung nach Tarif BKD, E1, E2, E3, EG, ES, EST, ESTH, EZ, EZS, plus 1, plus 2, plus 3, plus G oder plus Zahn, so endet auch die Versicherung nach Tarif EZE.

Für Heilfürsorgeempfänger ist eine Versicherung nach Tarif EZE nur zusammen mit Tarif EZ möglich.

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.