

## **Tarife Z95, Z97, Z98** **Zusatztarife für Zahnersatz**

Für Versicherungsverhältnisse nach diesen Tarifen gelten die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, bestehend aus Teil I Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK).

Für Personen, die Anspruch auf Beihilfe im Sinne der Beihilfevorschriften des Bundes (BhV) oder der Länder haben, kann

der Tarif Z95 zusammen mit der Tarifkombination 170 und 182 oder mit der Tarifkombination 175 und 182,  
der Tarif Z97 zusammen mit dem Tarif 165 oder mit dem Tarif 170,  
der Tarif Z98 zusammen mit dem Tarif 180 oder mit der Tarifkombination 180 und 182

abgeschlossen und aufrecht erhalten werden.

Die Tarife Z95, Z97 oder Z98 enden gleichzeitig mit den Tarifen 165, 170, 175 bzw. 180.

Bei einer Änderung der Beihilfevorschriften werden die Tarifbeiträge überprüft und, soweit erforderlich, den veränderten Beihilfevorschriften angepaßt.

### **Leistungen des Versicherers:**

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung (dazu gehören auch zahntechnische Leistungen im Sinne des § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV sowie Edelmetalle (z.B. Gold, Platin) und Keramikverblendungen im Sinne des § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV). Werden die Leistungen der Beihilfe gekürzt, weil nach den maßgeblichen Beihilfevorschriften Aufwendungen nicht beihilfefähig sind, so gehört der Kürzungsbetrag der Beihilfeleistungen nicht zu den erstattungsfähigen Aufwendungen.

Von den erstattungsfähigen Aufwendungen werden die Leistungen nach öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften und die Versicherungsleistungen nach den Tarifen 165, 170, 175, 180 und 182 abgezogen. Die hiernach verbleibenden Aufwendungen werden

zu **100 %** erstattet,

falls auch aus den Tarifen 165, 170, 175, 180 und 182 Versicherungsleistungen erbracht werden.

Die vorgenannten, nach Anrechnung verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre insgesamt bis zu einem Betrag von höchstens 1.800,- EUR erstattet. Ab dem 4. Versicherungsjahr werden diese Aufwendungen bis zu einem Betrag von insgesamt höchstens 4.800,- EUR pro Versicherungsjahr erstattet.

Die Summenbegrenzungen von 1.800,- EUR bzw. 4.800,- EUR gelten nicht für durch Unfall verursachte Aufwendungen.

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

### **Leistungen des Versicherungsnehmers:**

Die monatlichen Beiträge ergeben sich aus der Beitragsübersicht.