

DENTAL

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB), Ausgabe 01.01.2012

Die in diesen AVB gewählte männliche Form gilt auch für weibliche Personen.

1. Versicherungsgrundlagen

1.1. Zweck

DENTAL leistet für zahnärztliche Behandlungen und prophylaktische Massnahmen.

1.2. Versicherungsabschluss

DENTAL kann bis zum vollendeten 60. Altersjahr abgeschlossen werden.

Bei Versicherungsabschluss bestehende Leiden, wie etwa nicht sanierte oder fehlende Zähne, Zahnfehlstellungen, Kieferanomalien usw. sind nicht versichert. Die Leistungseinschränkung wird dem Versicherten schriftlich mitgeteilt.

Die letzte zahnärztliche Kontrolluntersuchung oder Behandlung darf nicht länger als ein Jahr vor Versicherungsbeginn zurückliegen.

Kinder, die im ersten Lebensjahr für die Zahnbehandlungskosten versichert werden, sind ohne Einschränkung versichert.

1.3. Leistungsvoraussetzung

Versichert sind die zahnmedizinisch notwendigen, wissenschaftlich anerkannten diagnostischen und therapeutischen Massnahmen, sofern die Wirtschaftlichkeit der Behandlung gewährleistet ist.

Die Vergütung erfolgt nach Zahnarztтариф SSO mit dem Taxpunktwert der Sozialversicherungen (nach KVG, UVG, MVG, IVG). Als Zahnarzt gilt, wer das entsprechende eidgenössische oder ein gleichwertiges Diplom besitzt oder wem der Kanton aufgrund eines wissenschaftlichen Befähigungsausweises die Bewilligung zur Berufsausübung erteilt hat.

DENTAL leistet subsidiär, d.h. im Nachgang oder in Ergänzung zur gesetzlichen Krankenpflege- oder Unfallversicherung sowie zu Leistungen der Kantone und Gemeinden. Sind andere Versicherer leistungspflichtig, wird die Leistung anteilmässig erbracht.

1.4. Ausland

Die Leistungen von DENTAL werden auch erbracht, wenn die Behandlung in einem Nachbarland der Schweiz erfolgt. Als Nachbarländer gelten Länder, die mit der Schweiz eine gemeinsame Grenze haben.

2. Versicherungsmöglichkeiten

Es bestehen folgende Versicherungsmöglichkeiten:
– DENTAL PICCOLO bis zum vollendeten 15. Altersjahr
– DENTAL

2.1. DENTAL PICCOLO

2.1.1. Leistungen

Für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 15. Altersjahr werden die Kosten einer Kontrolluntersuchung inkl. Röntgen bis CHF 40.– pro Kalenderjahr vergütet.

2.1.2. Automatischer Übertritt

Bei Vollendung des 15. Altersjahres erfolgt auf Beginn des folgenden Jahres automatisch und ohne Leistungseinschränkung der Übertritt von DENTAL PICCOLO in DENTAL A. Dem Versicherten steht innert drei Monaten nach erfolgter Mitteilung ein Rücktrittsrecht zu.

2.2. DENTAL

2.2.1. Leistungsvarianten

Variante	Maximaler Leistungsanspruch pro Kalenderjahr
DENTAL A	75% bis max. CHF 1000.– Franchise CHF 500.–
DENTAL B	50% bis max. CHF 500.–
DENTAL C	50% bis max. CHF 1000.–
DENTAL D	75% bis max. CHF 1000.–
DENTAL E	75% bis max. CHF 1500.–
DENTAL F	75% bis max. CHF 3000.–
DENTAL G	75% bis max. CHF 5000.– Franchise CHF 500.–
DENTAL H	75% bis max. CHF 5000.–

Der Versicherer kann für Kinder bis zum vollendeten 15. Altersjahr den Franchisebetrag (bei Varianten mit Franchise) reduzieren.

Bei den Varianten mit Franchise wird diese in einem festen Betrag pro Kalenderjahr erhoben. Der maximale Leistungsanspruch pro Kalenderjahr berechnet sich aus dem die Franchise übersteigenden Restbetrag.

2.2.2. Prophylaxe und Kontrolle

DENTAL leistet für eine Kontrolluntersuchung inkl. Röntgen und für Prophylaxe bis CHF 100.– pro Kalenderjahr. Die Kostenbeteiligung der Leistungsvariante kommt nicht zur Anwendung.

2.2.3. Leistungen / Behandlungszeitraum

Im Rahmen der gewählten Leistungsklasse umfasst die Versicherung alle Kosten für zahnärztliche Behandlungen inklusive Laborkosten.

Für Zahnpflegemittel werden keine Leistungen erbracht.

Der Versicherer leistet die versicherten Beträge pro Kalenderjahr.

2.2.4. Karenzzeit

Der Leistungsanspruch aus DENTAL beginnt

– nach einer Karenzzeit von 12 Monaten für prothetische Versorgungen (wie Kronen, Brücken, Prothesen, Stiftzähne, Stumpfaufbauten sowie Apparaturen zur Behandlung von Zahn- und Kieferfehlstellungen inkl. entsprechende Provisorien, Reparaturen und die dazugehörigen zahnärztlichen Behandlungen und Kontrollen) und

– nach einer Karenzzeit von 6 Monaten für alle übrigen Behandlungen.

Die Karenzzeit gilt auch für Versicherungserhöhungen. Leistungen für Prophylaxe und Kontrolle unterliegen keiner Karenzzeit.

2.2.5. Geltendmachung der Ansprüche

Zur Geltendmachung des Anspruchs hat der Versicherte die detaillierte Originalrechnung sofort, spätestens jedoch innert 30 Tagen ab Rechnungstellung vorzulegen. Aus der Rechnung muss die Behandlungsdauer sowie die einzeln aufgeführten Leistungen nach Zahnarztтариф ersichtlich sein.

3. CASAMED-Variante

3.1. Allgemeines

Die CASAMED-Variante setzt voraus, dass der Versicherte in der BASIS CASAMED versichert ist.

Für die CASAMED-Variante gelten folgende zusätzliche Bedingungen.

3.2. Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen werden vergütet, wenn sie von einem vom Versicherer anerkannten CASAMED-Zahnarzt, bei dem der Versicherte eingeschrieben ist, erbracht, verordnet oder veranlasst werden.

3.3. Notfälle

Notfälle sind ungeachtet des gewählten Leistungserbringers im Rahmen von DENTAL gedeckt. Vorbehalten bleibt die vertrauenszahnärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

3.4. Leistungsausschluss, Ausschluss CASAMED-Variante

3.4.1. Leistungsausschluss

Begibt sich der Versicherte ausser in den abschliessend aufgezählten Ausnahmefällen in Behandlung bei einem Leistungserbringer, der nicht in seinem Wahlrecht steht, gehen sämtliche Kosten zu seinen Lasten.

3.4.2. Ausschluss CASAMED-Variante

Bei wiederholtem bedingungswidrigem Verhalten ist der Versicherer berechtigt, den Versicherten aus der CASAMED-Variante in die ordentliche Versicherungsvariante umzuteilen.

3.5. Prämien

In der CASAMED-Variante gilt eine reduzierte Prämie.