

Besondere Bedingungen der Zahnpflegeversicherung (Zahnpflege Plus)

DP

DPAMLI-A3 – Ausgabe 01.09.2010

Inhaltsverzeichnis

| | | | |
|---------------|-----------------------|----------------|-----------------------------|
| Art. 1 | Zweck | Art. 7 | Ausgeschlossene Leistungen |
| Art. 2 | Aufnahmebedingungen | Art. 8 | Bezugstarif |
| Art. 3 | Leistungen | Art. 9 | Abwicklung der Schadenfälle |
| Art. 4 | Leistungsanspruch | Art. 10 | Prämien |
| Art. 5 | Prophylaxe | Art. 11 | Franchisen |
| Art. 6 | Leistungen im Ausland | Art. 12 | Vorbehalte |

Die untenstehenden Bestimmungen ergeben sich aus den Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen AVZ (Ausgabedatum gemäss Versicherungspolice).

Art. 1 Zweck

- Die Versicherung DP (Zahnpflege Plus) übernimmt gegen Bezahlung der entsprechenden Prämien Leistungen für zahnärztliche Behandlungen gemäss den Bestimmungen der vorliegenden Besonderen Bedingungen.
- Die aus dieser Versicherung gewährten Leistungen werden ergänzend zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgerichtet.

Art. 2 Aufnahmebedingungen

- Alle Personen können der Versicherung Zahnpflege Plus bis zum zurückgelegten 60. Altersjahr beitreten.
- Die Aufnahme erfolgt aufgrund eines vom Versicherer ausgestellten Formulars, das der Antragsteller oder sein gesetzlicher Vertreter zu unterschreiben hat und dem ein zahnärztliches Zeugnis beizulegen ist.
- Der Versicherer übernimmt das Honorar des Zahnarztes, der den Bericht erstellt hat, bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 50.–.

Art. 3 Leistungen

- Die Leistungen aus der Zahnpflegeversicherung werden für Behandlungen durch einen eidgenössisch diplomierten Zahnarzt gemäss den nachfolgenden Leistungsklassen gewährt:
 - Klasse 1:** 50% des tarifmässig in Rechnung gestellten Betrags, aber höchstens Fr. 500.– innerhalb eines Kalenderjahres
 - Klasse 2:** 75% des tarifmässig in Rechnung gestellten Betrags, aber höchstens Fr. 1'000.– innerhalb eines Kalenderjahres
 - Klasse 3:** 75% des tarifmässig in Rechnung gestellten Betrags, aber höchstens Fr. 2'000.– innerhalb eines Kalenderjahres
 - Klasse 4:** 75% des tarifmässig in Rechnung gestellten

- Betrags, aber höchstens Fr. 3'000.– innerhalb eines Kalenderjahres
- Als Ergänzung zu den Klassen 1 bis 4 und gegen Bezahlung eines Prämienzuschlags wird in einer Klasse 5 die folgende Versicherungsdeckung angeboten:
 - Klasse 5:** für zahnärztliche Laborkosten 75% des tarifmässig in Rechnung gestellten Betrags, aber höchstens Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr bei Krankheit und Fr. 5'000.– pro Kalenderjahr bei Unfall
- In den Klassen 1 bis 5 werden die Leistungen bei krankheits- oder unfallbedingten Zahnschäden bis zum versicherten Betrag gewährt.

Art. 4 Leistungsanspruch

- Für zahnärztliche Behandlungen als Folge eines Unfalls, der sich nach Inkrafttreten der Versicherung ereignet hat, beginnt der Leistungsanspruch sofort.
- Für alle anderen zahnärztlichen Behandlungen werden die Leistungen frühestens ab dem Zeitpunkt gewährt, an dem der Versicherte dem Versicherer den von einem eidgenössisch diplomierten Zahnarzt erstellten Bericht vorlegt, der nachweist, dass das Gebiss des Versicherten in perfektem Zustand ist. Die Leistungen des Versicherers sind zudem unter Vorbehalt von Artikel 4 Absatz 3 erst nach einer Karenzzeit von einem Monat geschuldet.
- Leistungen für prothetische Massnahmen (Zahnersatz, Anbringen von Kronen, Stiftzähnen, Brücken, Teil- oder Totalprothesen, usw.) werden bei Unfall sofort nach Inkrafttreten der Versicherung gewährt; in allen anderen Fällen werden sie frühestens nach einer Mitgliedschaftsdauer von sechs Monaten in der Zahnpflegeversicherung gewährt.
- Mit dem Austritt aus der Versicherung DP (Zahnpflege Plus) verliert der Versicherte jeglichen Anspruch auf Leistungen dieser Versicherung, einschliesslich der gesamten Nachbehandlungen.

5. Soweit Zahnpflegeleistungen aus den Heilungskosten-Zusatzversicherungen SC und SB des Versicherers mit den Leistungen der Zahnpflegeversicherung (DP) zusammentreffen, gehen die Leistungen der Zahnpflegeversicherung vor.

Art. 5 Prophylaxe

Einmal pro Kalenderjahr wird in den Klassen 1 bis 4 ein Beitrag von Fr. 75.– an eine zahnärztliche prophylaktische Kontrolluntersuchung gewährt.

Art. 6 Leistungen im Ausland

Mit vorgängiger Bewilligung des Versicherers werden die Behandlungen im Ausland übernommen, sofern die ausländische Medizinalperson über eine mit der schweizerischen gleichwertige Ausbildung verfügt und die Kosten nicht höher sind als jene, die in der Schweiz in Rechnung gestellt würden.

Art. 7 Ausgeschlossene Leistungen

1. Für die im Zeitpunkt der Aufnahme in die Zahnpflegeversicherung fehlenden oder bereits ersetzten Zähne besteht kein Anspruch auf Leistungen für den späteren Ersatz oder für die Änderung des bestehenden Ersatzes, ausser bei Unfällen, die sich nach Inkrafttreten der Versicherung ereignen.
Von der Versicherung DP ausgeschlossen sind die zahnärztlichen Behandlungen, die auf einen Unfall zurückzuführen sind, der sich vor Beginn der Mitgliedschaft ereignet hat.
Der Versicherer behält sich überdies das Recht vor, die vor dem Ausfüllen des Versicherungsantrags bereits geplanten Behandlungen auszuschliessen.
2. Bei Behandlungen, für welche die obligatorische Unfallversicherung, die Invalidenversicherung, die Militärversicherung oder ein Dritter leistungspflichtig sind, gewährt der Versicherer seinerseits keine Leistungen aus der Zahnpflegeversicherung, auch wenn der Versicherte im Zusammenhang mit diesen Behandlungen für einen Teil der Auslagen aufzukommen hat.

Art. 8 Bezugstarif

Für die Bemessung der im Rahmen dieser Besonderen Bedingungen gedeckten Leistungen ist der amtliche UVG-Tarif massgebend.

Art. 9 Abwicklung der Schadenfälle

1. Der Versicherte ist Honorarschuldner des Zahnarztes.
2. Die Leistungen des Versicherers werden nur aufgrund einer detaillierten Rechnung, welche die durch die Versicherung gedeckten Positionen berücksichtigt, gewährt (Formular für Rückvergütungsbegehren der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft). Auf Verlangen des Versicherers, insbesondere bei verwickelten Fällen, hat der Versicherte gegebenenfalls weitere Einzelheiten zur

Festsetzung der Leistungen beizubringen. Werden diese Angaben nicht beigebracht, so setzt der Versicherer die Grundtarifizierung nach eigenem Ermessen fest. Können die vorgenommenen Verrichtungen nicht aus der Rechnung entnommen werden, so ist der Versicherer nicht leistungspflichtig.

3. Unfälle müssen dem Versicherer zwangsläufig innert fünf Tagen schriftlich gemeldet werden. Bei verspäteter Unfallmeldung kann der Versicherer einseitig entscheiden, für diesen Schadenfall keine Leistungen auszurichten.

Art. 10 Prämien

Versicherte, die im Verlauf eines Jahres das Höchstalter ihrer Altersklasse erreichen, werden auf Beginn des nächsten Kalenderjahres automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt. Folgende Altersklassen sind massgebend:

- Kinder: 0-18 Jahre
- Jugendliche: 19-25 Jahre
- ab dem 26. Altersjahr: Altersklassen in Schritten von jeweils fünf Jahren

Art. 11 Franchisen

1. Gegen eine Prämienreduktion haben die Versicherten die Möglichkeit, eine der folgenden Franchisen zu wählen:
 - a. Fr. 200.– pro Kalenderjahr
 - b. Fr. 350.– pro Kalenderjahr
 - c. Fr. 500.– pro Kalenderjahr
2. Bei einem Beitritt im Verlauf des Jahres werden die Franchisen gemäss Ziffer 1 dieses Artikels im Verhältnis zur Versicherungsdauer gekürzt.
3. Auf den Beitrag von Fr. 75.– pro Kalenderjahr an eine zahnärztliche prophylaktische Kontrolluntersuchung wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

Art. 12 Vorbehalte

Der Versicherte kann die Aufhebung der Vorbehalte beantragen, indem er ein auf seine Kosten erstelltes Attest vorlegt, das nachweist, dass die kranken Zähne saniert, ersetzt oder extrahiert worden sind.