

# Zusatzversicherung für krankheitsbedingte Zahnpflegekosten Besondere Versicherungsbedingungen

**TD**

TDAMCV-A3 – Ausgabe 01.09.2010

## Inhaltsverzeichnis

<b>Art. 1</b>	Zweck und Gegenstand der Versicherung	<b>Art. 5</b>	Ausgeschlossene Leistungen
<b>Art. 2</b>	Beginn des Leistungsanspruchs	<b>Art. 6</b>	Franchise
<b>Art. 3</b>	Vorgängiger Kostenvoranschlag	<b>Art. 7</b>	Bonus
<b>Art. 4</b>	Versicherte Leistungen		

Grundlage der nachstehenden Bestimmungen bilden die Allgemeinen Bedingungen für die Krankenzusatzversicherungen (AVZ CV) nach VVG der Mutuel Versicherungen AG, Ausgabe vom 1. August 2010.

### Art. 1 Zweck und Gegenstand der Versicherung

Diese Versicherung bezweckt die Deckung gewisser krankheitsbedingter ambulanter Zahnbehandlungen, für deren Kosten keine obligatorische Sozialversicherung aufzukommen hat.

### Art. 2 Beginn des Leistungsanspruchs

Unter Vorbehalt von Artikel 4.4 beginnt der Leistungsanspruch einen Monat nach der Aufnahme.

### Art. 3 Vorgängiger Kostenvoranschlag

Für jeden Antrag auf Leistungen, deren Betrag Fr. 1'000.– übersteigt, ist dem Versicherer vorgängig ein Kostenvoranschlag einzureichen.

### Art. 4 Versicherte Leistungen

1. Unter Vorbehalt der unter Ziffer 4.2 vorgesehenen Höchstleistung und nach Abzug der gewählten Jahresfranchise vergütet der Versicherer die krankheitsbedingten ambulanten Zahnbehandlungskosten zu 100% des Tarifs, der im Vertrag zwischen der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO) einerseits und den Sozialversicherungen (UVG/IV/MV) andererseits (Bezugnahme: UVG-Tarif) vorgesehen wurde.
2. Die Kosten für die von einem Zahntechniker auf Anordnung eines Zahnarztes durchgeführten Arbeiten (Laborarbeiten) werden bis höchstens Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr zurückerstattet. Das für die Ausrichtung dieses Betrags berücksichtigte Kalenderjahr ist jenes, in dessen Verlauf die Behandlung begonnen hat.

3. Für die Versicherten, die vor ihrem erfüllten dritten Altersjahr in die Versicherung TD aufgenommen wurden, und in Abweichung von Artikel 5 leistet der Versicherer zudem einen Beitrag von 50% an die Behandlungskosten und an kieferorthopädische Apparate bis zu einem einmaligen Höchstbetrag von Fr. 4'000.–.
4. Im Sinn einer prophylaktischen Massnahme übernimmt der Versicherer die Kosten für eine Kontrolluntersuchung, eine allfällige Zahnsteinentfernung oder eine prophylaktische Kunststoff-Füllung auf definitiven Mahlzähnen bei Kindern bis höchstens Fr. 80.– pro Kalenderjahr. Dieser franchisefreie Beitrag wird auf Vorlage der Zahnarztrechnung ab dem Kalenderjahr nach der Aufnahme gewährt.

### Art. 5 Ausgeschlossene Leistungen

In Ergänzung zu den Ausschlussgründen gemäss Artikel 6 AVZ CV übernimmt diese Versicherung keine Leistungen:

1. für kieferorthopädische Behandlungen und deren vorgängige Diagnose, unter Vorbehalt der in Ziffer 4.3 vorgesehenen Bestimmungen
2. bei nachträglichem Ersatz der beim Versicherungsabschluss fehlenden Zähne
3. für unfallbedingte Zahnbehandlungen
4. bei schuldhaftem Verlust oder Beschädigung von Ersatzzähnen oder kieferorthopädischen Apparaten
5. für Behandlungen, die auf eine ungenügende Dentalhygiene zurückzuführen sind

### Art. 6 Franchise

1. Die Versicherten tragen die vereinbarte Franchise pro Kalenderjahr auf allen unter den vorstehenden Ziffern 4.1 und 4.2 erwähnten Leistungen.
2. Begibt sich ein Versicherter erstmals im vierten Quartal eines Jahres in eine zahnärztliche Behandlung und dauert

- diese Behandlung weniger als 90 Tage, so gilt die Franchise für das Jahr, in dem die Behandlung begonnen hat.
3. Nach Erreichen des Franchisebetrags pro Kalenderjahr erhebt der Versicherer keine weitere Kostenbeteiligung.
  4. Die Änderung der Franchise ist frühestens nach einem Jahr unter Einhaltung einer sechsmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres möglich. Das schriftliche Gesuch muss dem Versicherer mit eingeschriebenem Brief eingereicht werden.

### **Art. 7 Bonus**

Nimmt der Versicherte während drei aufeinanderfolgenden Jahren keine Leistungen der Versicherung TD in Anspruch (mit Ausnahme von Ziffer 4.4), wird der Höchstbetrag einer Jahresfranchise auf den nachfolgenden Behandlungen nicht erhoben. Dieser Franchisebetrag entspricht dem Betrag der vom Versicherten gewählten Franchise, gegebenenfalls der mittleren Franchise, die während den drei Jahren ohne Leistungsbezug in der Versicherung TD in Kraft war.