

Besondere Bedingungen Zahnpflegeversicherung Dentaire plus

DPGA02-A7 – Ausgabe 01.08.2006

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Zweck der Versicherung	Art. 7	Ausgeschlossene Leistungen
Art. 2	Aufnahmebedingungen	Art. 8	Bezugstarif
Art. 3	Leistungen	Art. 9	Abwicklung der Schadenfälle
Art. 4	Leistungsanspruch	Art. 10	Prämie
Art. 5	Prophylaxe	Art. 11	Vorbehalte
Art. 6	Leistungen im Ausland	Art. 12	Klassenwechsel

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

Art. 1 Zweck der Versicherung

1. Aus der Kategorie DP (Zahnpflegeversicherung Dentaire plus) werden gegen Bezahlung der entsprechenden Prämien Leistungen für zahnärztliche Behandlungen gemäss den Bestimmungen der vorliegenden Besonderen Bedingungen ausgerichtet.
2. Die aus dieser Versicherung gewährten Leistungen werden ergänzend zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht.

Art. 2 Aufnahmebedingungen

1. Alle Personen können der Zahnpflegeversicherung Dentaire plus in den Klassen 1, 2 und 3 bis zum vollendeten 60. Altersjahr beitreten. Der Klasse 0 können nur Personen im Alter von 0 bis 18 Jahren beitreten.
2. Die Aufnahme erfolgt auf der Grundlage eines vom Versicherer abgegebenen Formulars, das der Antragsteller oder sein gesetzlicher Vertreter zu unterschreiben hat und dem ein zahnärztliches Zeugnis beizulegen ist. Das Zeugnis muss von einem Zahnarzt ausgestellt sein, der über ein eidgenössisches oder ein gleichwertiges, in der Schweiz anerkanntes Diplom verfügt.
3. Der Versicherer übernimmt das Honorar des Zahnarztes, der das Zeugnis ausgestellt hat, bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 75.–.

Art. 3 Leistungen

1. Die Zahnpflegeversicherung Dentaire plus deckt:
 - a. kieferorthopädische Behandlungen
 - b. Zahnbehandlungen, die von einem eidgenössisch diplomierten Zahnarzt durchgeführt werden

c. Laborkosten

bis zu folgenden Jahreshöchstbeträgen:

- Klasse 0: 75% des tarifmässig in Rechnung gestellten Betrags, maximal jedoch Fr. 15'000.– pro Kalenderjahr für die in Abs. 1. a. beschriebenen Leistungen und bis zum vollendeten 18. Altersjahr
- Klasse 1: 75% des tarifmässig in Rechnung gestellten Betrags, maximal jedoch Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr für die in den Abs. 1. a., b., und c. beschriebenen Leistungen
- Klasse 2: 75% des tarifmässig in Rechnung gestellten Betrags, maximal jedoch Fr. 3'000.– pro Kalenderjahr für die in den Abs. 1. a., b. und c. beschriebenen Leistungen
- Klasse 3: 75% des tarifmässig in Rechnung gestellten Betrags, maximal jedoch Fr. 15'000.– pro Kalenderjahr für die in den Abs. 1. a., b. und c. beschriebenen Leistungen

2. Es werden nur Behandlungen übernommen, die von einem nach KVG anerkannten Leistungserbringer durchgeführt werden.
3. Die Leistungen werden bei Behandlungen als Folge einer Krankheit oder eines Unfalls bis zum versicherten Betrag gewährt.

Art. 4 Leistungsanspruch

1. Für zahnärztliche Behandlungen als Folge eines Unfalls, der sich nach Inkrafttreten der Versicherung ereignet hat, beginnt der Leistungsanspruch sofort.
2. Für alle zahnärztlichen Behandlungen erbringt der Versicherer die Leistungen nach einer Wartezeit von drei Monaten unter Vorbehalt von Art. 4 Abs. 1 und 3.

3. Für die Klassen 1 bis 3 werden die Leistungen für prothetische Behandlungen (Zahnersatz, Anbringen von Kronen, Stifzähnen, Brücken, Teil- oder Totalprothesen usw.) bei einem Unfall sofort nach Inkrafttreten der Versicherung gewährt; in allen anderen Fällen werden sie frühestens nach einer Mitgliedschaftsdauer von 12 Monaten in der Zahnpflegeversicherung Dentaire plus gewährt.
4. Mit dem Austritt aus der Versicherung DP verliert der Versicherte jeglichen Anspruch auf Leistungen dieser Versicherung, einschliesslich der gesamten Nachbehandlungen.
5. Sollten sich Zahnpflegeleistungen aus den Heilungskosten-Zusatzversicherungen SC, SB, GL, GM und GP mit den Leistungen der Zahnpflegeversicherung Dentaire plus (DP) überschneiden, werden die Leistungen aus der Dentaire Plus erbracht.

Art. 5 Prophylaxe

Einmal pro Kalenderjahr wird in den Klassen 1 bis 3 ein Beitrag von Fr. 75.– an eine zahnärztliche prophylaktische Kontrolluntersuchung gewährt.

Art. 6 Leistungen im Ausland

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

Art. 7 Ausgeschlossene Leistungen

1. Für die zum 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.
2. Von der Versicherung DP ausgeschlossen sind die zahnärztlichen Behandlungen, die auf einen Unfall zurückzuführen sind, der sich vor Beginn der Mitgliedschaft ereignet hat.
3. Der Versicherer behält sich das Recht vor, die vor dem Ausfüllen des Versicherungsantrags bereits geplanten Behandlungen auszuschliessen.
4. 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 aufkommen muss.

Art. 8 Bezugstarif

Für die Bemessung der im Rahmen dieser Besonderen Bedingungen gedeckten Leistungen ist der offizielle UVG-Tarif massgebend (Nomenklatur und Taxpunktwert).

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 Zahnärztes-Gesellschaft). Auf Verlangen des Versicherers, insbesondere bei komplizierten Fällen, hat der Versicherte gegebenenfalls weitere Einzelheiten zur Festsetzung der Leistungen beizubringen. Werden diese Angaben nicht beigebracht, setzt der Versicherer die Grundtarifizierung nach eigenem Ermessen fest. Kann die ausgeführte Arbeit nicht aus der Rechnung entnommen werden, so ist der Versicherer nicht leistungspflichtig.
3. Unfälle müssen dem Versicherer zwangsläufig innert sechs Tagen schriftlich gemeldet werden. Bei verspäteter Unfallmeldung kann der Versicherer einseitig entscheiden, für diesen Schadenfall keine Leistungen auszurichten.

Art. 10 Prämie

Die Altersklassen sind in 5-Jahres-Abschnitte abgestuft. Der Versicherte, der während eines Jahres das Höchstalter seiner Altersklasse erreicht, wird auf Beginn des nächsten Kalenderjahres automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt.

Art. 11 Vorbehalte

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

Art. 12 Klassenwechsel

1. Für die Klasse 0 endet die Versicherungsdeckung am Ende des Kalenderjahrs, in dem der Versicherte seinen 18. Geburtstag feiert. In diesem Fall wechselt der Versicherte automatisch per 1. Januar des Jahrs, das dem Ende der Deckung in der Klasse 0 folgt, in die Klasse 1. Dies geschieht unter Vorbehalt, dass er nicht bereits von einer Klasse 1, 2 oder 3 gedeckt ist, und ohne Anwendung der in Art. 4 Abs. 2 und 3 der vorliegenden Besonderen Bedingungen vorgesehenen Wartefrist.
2. Der Versicherte kann diesen Klassenwechsel innert 30 Tagen nach Erhalt der neuen Versicherungspolice mit einer schriftlichen Mitteilung an seinen Versicherer ablehnen.