



DENTAL

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB), Ausgabe 01.01.2009
Träger: ÖKK Versicherungen AG

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlagen der Versicherung

- 1.1. Zweck
- 1.2. Versicherungsabschluss
- 1.3. Leistungsvoraussetzung
- 1.4. Ausland

2. Versicherungsmöglichkeiten

- 2.1. DENTAL PICCOLO
 - 2.1.1. Leistungen
 - 2.1.2. Automatischer Übertritt
- 2.2. DENTAL
 - 2.2.1. Leistungsvarianten
 - 2.2.2. Prophylaxe und Kontrolle
 - 2.2.3. Leistungen / Behandlungszeitraum
 - 2.2.4. Karenzzeit
 - 2.2.5. Geltendmachung der Ansprüche

3. Prämien

1. Grundlagen der Versicherung

1.1. Zweck

Die DENTAL erbringt Beiträge an die Kosten von zahnärztlichen Behandlungen. Im weiteren fördert sie prophylaktische Massnahmen.

1.2. Versicherungsabschluss

Die 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 der versicherten Person 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.

Bei Geburt und Neueintritt werden alle Kinder bis zum vollendeten 15. Altersjahr in der DENTAL PICCOLO ohne Leistungseinschränkung versichert, sofern sie beim Versicherer auch den ALLGEMEINEN ZUSATZ, PRIVAT-ZUSATZ oder FAMILY versichert haben.

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 Zahnarztтарif SSO mit dem Taxpunktwert der Sozialversicherungen (nach KVG, UVG, MVG, IVG). Als Zahnärztin oder 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.

Die DENTAL erbringt ihre Leistungen 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 der 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 max. CHF 40.– pro Kalenderjahr vergütet, sofern nicht gleichzeitig eine zahnärztliche Behandlung (konservierend, prothetisch etc.) durchgeführt werden muss.

2.1.2. Automatischer Übertritt

Bei Vollendung des 15. Altersjahres erfolgt auf Beginn des folgenden Jahres automatisch und ohne Leistungseinschränkung der Übertritt von der DENTAL PICCOLO in die DENTAL A. Der versicherten Person steht jedoch nach erfolgter Mitteilung innert 3 Monaten ein Rücktrittsrecht zu.

2.2. DENTAL

2.2.1. Leistungsvarianten

Variante	Maximaler Leistungsanspruch pro Kalenderjahr
– DENTAL A	75% bis max. CHF 1'000.– Franchise CHF 500.–
– DENTAL B	50% bis max. CHF 500.–
– DENTAL C	50% bis max. CHF 1'000.–
– DENTAL D	75% bis max. CHF 1'000.–
– DENTAL E	75% bis max. CHF 1'500.–
– DENTAL F	75% bis max. CHF 3'000.–
– DENTAL G	75% bis max. CHF 5'000.– Franchise CHF 500.–
– DENTAL H	75% bis max. CHF 5'000.–

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

Sofern im Behandlungszeitraum keine zahnärztliche Behandlung (konservierend, prothetisch etc.) durchgeführt werden muss, erbringt DENTAL Leistungen für eine Kontrolluntersuchung inkl.

Röntgen und für Prophylaxe bis maximal CHF 100.– pro Kalenderjahr.

Die Kostenbeteiligung gemäss abgeschlossener 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 der DENTAL beginnt

– nach einer Karenzzeit von 12 Monaten für prothetische Versorgungen (wie Kronen, Brücken, Prothesen, Stifzähne, 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 die versicherte Person der Kasse die detaillierte Originalrechnung sofort, spätestens jedoch innert 30 Tagen ab Rechnungstellung vorzulegen. Aus der Rechnung muss die Behandlungsdauer sowie die einzeln aufgeführten Leistungen nach Zahnarztтарif ersichtlich sein.