



# Zusatzversicherung Besondere Bedingungen (BB) dental

Ausgabe 2018

## Inhaltsverzeichnis

dental			
<b>1</b>	<b>Grundlagen der Versicherung</b>	Seite	2
1.1	Zweck		
1.2	Versicherungsträger		
1.3	Gemeinsame Bestimmungen		
1.4	Versicherungsabschluss		
1.5	Leistungsvoraussetzung		
1.6	Behandlung im Ausland		
<b>2</b>	<b>Versicherungsmöglichkeiten</b>	Seite	2
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		

## 1 Grundlagen der Versicherung

### 1.1 Zweck

dental erbringt Beiträge an die Kosten von zahnärztlichen Behandlungen. Im Weiteren fördert sie prophylaktische Massnahmen.

### 1.2 Versicherungsträger

Versicherungsträger ist die Sympany Versicherungen AG, Basel (nachfolgend Versicherer).

### 1.3 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen der Sympany Versicherungen AG sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen von dental. Bei Abweichungen gehen die Bestimmungen von dental den Gemeinsamen Bestimmungen vor.

### 1.4 Versicherungsabschluss

dental kann bis zum vollendeten 60. Altersjahr abgeschlossen werden. Die Versicherung kann nur zusammen mit mindestens einer der folgenden Versicherungsabteilungen abgeschlossen bzw. geführt werden:

- basis, plus, premium, allgemeiner zusatz, privat zusatz, hospita, salto

Bei Versicherungsabschluss bestehende Leiden, wie etwa nicht sanierte oder fehlende Zähne, Zahnfehlstellungen, Kieferanomalien usw., sind nicht versichert.

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 plus, premium, allgemeiner zusatz oder privat zusatz versichert sind.

### 1.5 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.

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.

## 1.6 Behandlung im Ausland

Behandlungen im Ausland werden übernommen, sofern die medizinischen Fachkräfte über eine Ausbildung verfügen, die einer schweizerischen gleichwertig ist, und die Kosten diejenigen in der Schweiz nicht übersteigen.

## 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 vergütet, sofern nicht gleichzeitig eine zahnärztliche Behandlung (konservierend, prothetisch etc.) durchgeführt werden muss.

Max. CHF 50.- pro Kalenderjahr

#### 2.1.2 Automatischer Übertritt

Bei Vollendung des 15. Altersjahres erfolgt auf Beginn des folgenden Kalenderjahres automatisch und ohne Leistungseinschränkung der Übertritt von dental piccolo in 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	Franchise
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.

Max. 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.

Die versicherten Beträge werden im Kalenderjahr einmal ausgerichtet.

### 2.2.4 Karenzzeit

Der Leistungsanspruch aus dental beginnt

- nach einer Karenzzeit von 12 Monaten für prothetische Versorgung (wie Kronen, Brücken, Prothesen, Stiftzähne, Stumpfaufbauten sowie Apparaturen zur Behandlung von Zahn- und Kieferfehlstellungen inkl. entsprechender Provisorien, Reparaturen und der 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 Rechnungsstellung, vorzulegen. Aus der Rechnung müssen die Behandlungsdauer sowie die einzeln aufgeführten Leistungen nach Zahnarztтариф ersichtlich sein.