

Besondere Bedingungen der Versicherung für Zahnpflegekosten

TDAM01-A4 – Ausgabe 01.09.2010

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Zweck der Versicherung	Art. 6	Leistungen im Ausland
Art. 2	Vorbehalte	Art. 7	Franchisen
Art. 3	Beginn des Versicherungsvertrags	Art. 8	Befreiung von der Franchise
Art. 4	Leistungsanspruch und Karenzzeit	Art. 9	Prämien
Art. 5	Leistungen		

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

Art. 1 Zweck der Versicherung

1. Aus der Versicherung TD werden gegen Bezahlung der entsprechenden Prämien Leistungen an zahnärztliche Behandlungen gemäss den Bestimmungen der vorliegenden Besonderen Bedingungen ausgerichtet.
2. Die aus dieser Versicherung gewährten Leistungen werden ergänzend zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgerichtet.

Art. 2 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.

Art. 3 Beginn des Versicherungsvertrags

Der Versicherungsvertrag tritt an dem in der Versicherungspolice bezeichneten Tag in Kraft.

Art. 4 Leistungsanspruch und Karenzzeit

1. Die Leistungen sind vom Versicherer erst nach einer Karenzzeit von drei Monaten geschuldet. Bei Unfall entfällt jedoch die Karenzzeit für die Behandlungskosten, die direkt auf den Unfall zurückzuführen sind.
2. Die Leistungen werden grundsätzlich nur für Behandlungen durch Zahnärzte oder Zahnchirurgen gewährt, die über ein eidgenössisches Diplom oder einen gleichwertigen Befähigungsausweis verfügen und zur Berufsausübung im Wohnkanton des Versicherten zugelassen sind. Die Rechnung muss die detaillierten Positionen nach dem amtlichen UVG-Tarif enthalten. Andernfalls erbringt der Versicherer seine Leistungen nach eigenem Ermessen.

3. Soweit die Leistungen aus der Heilungskosten-Zusatzversicherung (SC) des Versicherers mit den Leistungen der Versicherung für Zahnpflegekosten (TD) zusammenreffen, gehen die Leistungen der Zahnpflegekostenversicherung vor.

Art. 5 Leistungen

1. Entsprechend der vom Versicherten gewählten Kategorie erstattet der Versicherer die aufgrund des amtlichen UVG-Tarifs bemessenen Behandlungskosten zurück. Die hiernach aufgezählten Leistungen werden jedoch bis zu den folgenden Höchstbeträgen pro Kalenderjahr übernommen:
 - Fr. 200.– für orthodontische Apparate
 - Fr. 300.– für Brücken und Kronen
 - Fr. 500.– für abnehmbare Prothesen
2. Die zahnärztlichen Laborkosten werden vom Versicherer zu 50% gemäss dem Tarif für zahntechnische Arbeiten übernommen.
3. An die Kosten einer prophylaktischen Kontrolluntersuchung (einschliesslich Zahnsteinentfernung) leistet der Versicherer einen Beitrag von Fr. 50.– pro Kalenderjahr, frühestens aber nach einer Mitgliedschaftsdauer von 12 Monaten.
4. Die in den Absätzen 1 bis 3 umschriebenen Leistungen können weder ganz noch teilweise auf das folgende Rechnungsjahr übertragen werden.
5. Der Versicherer deckt die in den vorliegenden Besonderen Bedingungen vorgesehenen Leistungen bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 4'000.– pro Kalenderjahr.

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 Franchisen

1. Der Versicherte unterliegt den folgenden Franchisen pro Kalenderjahr:
 - Fr. 50.– in der Kategorie 1
 - Fr. 100.– in der Kategorie 2
 - Fr. 200.– in der Kategorie 3
2. Bei Aufnahme in diese Versicherung im Lauf eines Jahres werden die in Absatz 1 genannten Beträge im Verhältnis zur Mitgliedschaftsdauer gekürzt.
3. Keine Franchise wird erhoben auf den Beitrag von Fr. 50.– pro Kalenderjahr an eine zahnärztliche prophylaktische Kontrolluntersuchung, wie auch auf den Beiträgen an orthodontische Apparate, an Brücken und Kronen sowie an abnehmbare Prothesen.

Art. 8 Befreiung von der Franchise

Nimmt der Versicherte während drei Jahren keine Leistungen des Versicherers in Anspruch, so wird er für das Kalenderjahr nach dieser Periode von der entsprechenden Franchise befreit.

Art. 9 Prämien

1. Der Versicherte, der die maximale Altersgrenze für seine Altersklasse erreicht, wird automatisch am Anfang des Kalenderjahres in die höhere Altersklasse transferiert. Die massgeblichen Altersklassen sind:
 - Kinder: 0-18 Jahre
 - Jugendliche: 19-25 Jahre
 - ab dem 26. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren
2. Der Prämientarif hängt vom Eintrittsalter in diese Versicherung ab.