



DENTAL

(AUSGABE 01.01.2019)

Alle personenbezogenen Begriffe sind geschlechtsneutral zu verstehen.

Inhalt

1. Versicherungsgrundlagen
 - 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. CASAMED-Variante
 - 3.1. Allgemeines
 - 3.2. Leistungsvoraussetzung
 - 3.3. Notfälle
 - 3.4. Leistungsausschluss, Ausschluss CASAMED-Variante
 - 3.4.1. Leistungsausschluss
 - 3.4.2. Ausschluss CASAMED-Variante
 - 3.5. Prämien

1. Versicherungsgrundlagen

Risikoträgerin ÖKK Versicherungen AG

1.1 Zweck

Die Versicherung leistet für zahnärztliche Behandlungen und prophylaktische Massnahmen.

1.2 Versicherungsabschluss

Die Versicherung 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.

1.3 Leistungsvoraussetzung

Versichert sind die zahnmedizinisch notwendigen, wissenschaftlich anerkannten diagnostischen und therapeutischen Massnahmen, sofern die Wirtschaftlichkeit der Behandlung gewährleistet ist.

Die Festsetzung zahnärztlicher Leistungen richtet sich nach dem geltenden Zahnarzttarif SSO (Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft), wobei es die Tarifstruktur «KVG-Tarif» und «revidierter Zahnarzttarif UV/MV/IV» gibt.

Die Versicherung leistet zum jeweils maximalen Sozialversicherungstarif (Taxpunktwert und Taxpunkte) der vom Leistungserbringer verwendeten Tarifstruktur.

Die Versicherung leistet 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 Versicherung 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 CHF 40 pro Kalenderjahr vergütet.

2.1.2 Automatischer Übertritt

Bei Vollendung des 15. Altersjahres erfolgt auf Beginn des folgenden Jahres automatisch und ohne Leistungseinschränkung der Übertritt von DENTAL PIC-COLO in DENTAL A. Der versicherten Person steht innert drei Monaten nach erfolgter Mitteilung 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

Die Versicherung leistet für eine Kontrolluntersuchung inkl. Röntgen und für Prophylaxe bis CHF 100 pro Kalenderjahr. Die Kostenbeteiligung der 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 Karenzfrist

Der Leistungsanspruch aus der Versicherung beginnt

- nach einer Karenzfrist von 12 Monaten für prothetische Versorgungen (wie Kronen, Brücken, Prothesen, Stiftzähne, Stumpfaufbauten sowie Apparaturen zur Behandlung von Zahn- und Kieferfehlstellungen inkl. entspre-

chende Provisorien, Reparaturen und die dazugehörigen zahnärztlichen Behandlungen und Kontrollen) und

- nach einer Karenzfrist von 6 Monaten für alle übrigen Behandlungen.

Die Karenzfrist gilt auch für Versicherungserhöhungen. Leistungen für Prophylaxe und Kontrolle unterliegen keiner Karenzfrist.

2.2.5 Geltendmachung der Ansprüche

Zur Geltendmachung des Anspruchs hat die versicherte Person die detaillierte Originalrechnung sofort, spätestens jedoch innert 30 Tagen ab Rechnungstellung vorzulegen. Aus der Rechnung muss die Behandlungsdauer sowie die einzeln aufgeführten Leistungen nach Zahnarztтариф ersichtlich sein.

3. CASAMED-Variante

3.1 Allgemeines

Die CASAMED-Variante setzt voraus, dass die versicherte Person in BASIS CASAMED versichert ist.

Für die CASAMED-Variante gelten folgende zusätzliche Bedingungen.

3.2 Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen werden vergütet, wenn sie von einem vom Versicherer anerkannten CASAMED-Zahnarzt, bei dem die versicherte Person eingeschrieben ist, erbracht, verordnet oder veranlasst werden.

3.3 Notfälle

Notfälle sind ungeachtet des gewählten Leistungserbringers im Rahmen der Versicherung gedeckt. Vorbehalten bleibt die vertrauenszahnärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

3.4 Leistungsausschluss, Ausschluss CASAMED-Variante

3.4.1 Leistungsausschluss

Begibt sich die versicherte Person ausser in den abschliessend aufgezählten Ausnahmefällen in Behandlung bei einem Leistungserbringer, der nicht in ihrem Wahlrecht steht, gehen sämtliche Kosten zu ihren Lasten.

3.4.2 Ausschluss CASAMED-Variante

Bei wiederholtem bedingungswidrigem Verhalten ist der Versicherer berechtigt, die versicherte Person aus der CASAMED-Variante in die ordentliche Versicherungsvariante umzuteilen.

3.5 Prämien

In der CASAMED-Variante gilt eine reduzierte Prämie.