

Ausgabe 2022



Zusatzversicherung

Besondere Bedingungen (BB)
dental

Besondere Bedingungen (BB) dental nach Versicherungs- vertragsgesetz (VVG)

Kapitel	Seiten
1 Grundlagen der Versicherung	4
1.1 Zweck	
1.2 Versicherungsträger	
1.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)	
1.4 Versicherungsabschluss	
1.5 Leistungsvoraussetzung	
1.6 Behandlung im Ausland	
2 Versicherungsmöglichkeiten	5
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 Altersklassen	6

dental

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 Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Sympany Versicherungen AG sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen von **dental**. Bei Abweichungen gehen die Besonderen Bedingungen von **dental** den Allgemeinen Versicherungsbedingungen 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:

- Grundversicherung
- **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 Zahnarzttarif 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 für den Schaden durch den Versicherer im Verhältnis erbracht, in dem die Versicherungssumme zum Gesamtbetrag der Versicherungssummen steht.

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**. 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.–	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.–	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 Versorgungen (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 dem Versicherer die detaillierte Originalrechnung sofort, spätestens jedoch innert 30 Tagen ab Rechnungstellung, vorzulegen. Aus der Rechnung müssen die Behandlungsdauer sowie die einzeln aufgeführten Leistungen nach Zahnarztтариф ersichtlich sein.

3 Altersklassen

In dieser Versicherungsabteilung gilt der Lebensalterstarif. Das heisst, die Prämien der Versicherungsabteilung steigen in der Regel mit jedem Wechsel in die nächste höhere Altersklasse:

in Jahren							
0-3	6-10	16-18	26-30	36-40	46-50	56-60	71-80
4-5	11-15	19-25	31-35	41-45	51-55	61-70	81+

1044/O/d/02.2022

+41 58 262 42 00
www.sympany.ch

Richtig gut versichert.
The logo for Sympany, featuring a stylized white 'C' shape on the left and the word 'sympany' in a lowercase, sans-serif font to its right.