

ZAHNPFLEGEVERSICHERUNG DENTA

ZUSÄTZLICHE VERSICHERUNGS- BEDINGUNGEN GEMÄSS VVG.

Ausgabe 2023, gültig ab 01.01.2023

ZUSÄTZLICHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN GEMÄSS VVG.

I. ALLGEMEINES

ART. 1 RECHTSGRUNDLAGEN

Gestützt auf ihre Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) führt SWICA eine Ergänzungsversicherung für Zahnpflege gemäss dem Versicherungsvertragsgesetz VVG.

ART. 2 ZWECK

Die Zahnpflegeversicherung DENTA übernimmt die aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Mehrkosten für zahnärztliche und zahntechnische Behandlungen.

ART. 3 VERSICHERUNGSMÖGLICHKEITEN

Im Rahmen dieser Versicherung hat der Versicherte nachfolgende Versicherungsmöglichkeiten:

- › DENTA BASIC
- › DENTA TOP

ART. 4 VERSICHERUNGSaufnahme

1. Für die Aufnahme muss der Antragsteller ein von SWICA geliefertes Aufnahmeformular von einem diplomierten Zahnarzt ausfüllen lassen. Dies gilt auch für Höherversicherungen.
2. Ohne Vorbehalt werden nur Bewerber aufgenommen, die zum Zeitpunkt des Aufnahmegesuchs über ein saniertes, nicht behandlungsbedürftiges Gebiss verfügen.
3. Ein Anspruch auf Aufnahme in diese Versicherungsabteilung besteht nicht.

II. VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

ART. 5 LEISTUNGsumfang

1. Die Leistungen aus der Versicherungsabteilung DENTA werden ergänzend zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgerichtet. In allen Fällen werden jedoch höchstens die tatsächlich ausgewiesenen Kosten übernommen.
2. An die Kosten für zahnärztliche und zahntechnische Behandlungen werden pro Kalenderjahr nachfolgende Beiträge erbracht:
 - › DENTA BASIC
75% der Kosten, im Maximum CHF 500.–
 - › DENTA TOP
75% der Kosten, im Maximum CHF 1 500.–

ART. 6 LEISTUNGsvoraussetzungen

1. Die Leistungen der Versicherungsabteilung DENTA werden nur für Behandlungen durch eidgenössisch diplomierte oder gemäss den kantonalen Vorschriften diesen gleichgestellte Zahnärzte gewährt.
2. Behandlungen im Ausland werden übernommen, sofern die ausländische Medizinalperson über eine Ausbildung verfügt, die einer schweizerischen gleichwertig ist, und die Kosten diejenigen in der Schweiz nicht übersteigen.

ART. 7 LEISTUNGSBEGINN

1. Der Leistungsanspruch beginnt nach einer Karenzzeit von zwölf Monaten nach Versicherungsbeginn.
2. Beim Übertritt in eine höhere Leistungsklasse gelten im Rahmen der Höherversicherung die gleichen Karenzzeiten.
3. Massgebend für die Berechnung der Karenzzeiten sind der Versicherungsbeginn und der Beginn der zahnärztlichen Behandlungen.

ART. 8 LEISTUNGSBESCHRÄNKUNG

1. In Ergänzung zu den Ausschlussgründen gemäss Art. 32 AVB besteht kein Leistungsanspruch für:
 - › Unfallbedingte zahnärztliche Behandlungen
 - › Leistungskürzungen anderer Versicherer
 - › Nachträglichen Ersatz von im Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses fehlenden Zähnen
 - › Verlust oder absichtliche, grobfahrlässige Beschädigung von Zahnersatz oder orthodontischen Apparaturen
 - › Abgegebene Zahnpflegemittel
2. Beiträge der Schul- oder Jugendzahnpflege werden angerechnet.

III. SCHLUSSBESTIMMUNGEN

ART. 9 RÜCKERSTATTUNGSVERFAHREN

1. Das Rückerstattungsbegehren ist spätestens innerhalb von 24 Monaten nach Eintreten des versicherten Ereignisses einzureichen. Für das Rückerstattungsbegehren hat der Versicherte SWICA die Originalrechnung vorzulegen, gegebenenfalls ist diese auf Kosten des Versicherten in eine der vier Landessprachen der Schweiz zu übersetzen.
2. Auslandabrechnungen können nur akzeptiert werden, wenn eine detaillierte und lesbare Originalrechnung vorgelegt wird. Die Leistungen der einzelnen Positionen müssen auf der Rechnung klar ersichtlich sein.

ART. 10 ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

Für alle in diesen Zusätzlichen Versicherungsbedingungen nicht besonders geregelten Bestimmungen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für Versicherungen nach VVG.