

Zusatzbedingungen (ZB)

Dental Basic

Zusatzversicherung für zahnärztliche
Behandlungen und Prophylaxe

Ausgabe Dezember 2019 (Fassung 2023)

Versicherungsträger: Sanitas Privatversicherungen AG

1 Zweck und Grundlagen

Aus Dental Basic werden die Kosten von ambulanten und stationären Zahnbehandlungen gemäss den nachfolgenden Bestimmungen bezahlt. Vergütet werden die Kosten im Nachgang zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG und der anderen Sozialversicherungen gemäss Ziffer 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie im Nachgang zu anderen bei Sanitas bestehenden Zusatzversicherungen.

Grundlage dieser Zusatzbedingungen (ZB) bilden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Zusatzversicherungen nach VVG.

2 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt für Leistungsbezüge in der Schweiz. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person den zivilrechtlichen Wohnsitz in der Schweiz hat. Ein Leistungsbezug in Deutschland, Österreich, Frankreich, Italien und im Fürstentum Liechtenstein ist dann möglich, wenn Sanitas in diesen Ländern Leistungserbringer anerkennt. Die von Sanitas anerkannten ausländischen Leistungserbringer werden auf einer Liste publiziert. Die Liste kann unter sanitas.com eingesehen werden oder wird auf Wunsch zur Verfügung gestellt. Die Liste kann von Sanitas einseitig angepasst werden. Bei einer Anpassung dieser Liste besteht kein Kündigungsrecht der versicherten Person. Notfallbehandlungen sind unabhängig von der Liste der anerkannten ausländischen Leistungserbringer weltweit versichert.

3 Versichertes Ereignis

Versichert sind Krankheit und Unfall, die während der Vertragsdauer eintreten.

4 Leistungen

1 Prophylaktische Behandlungen

Pro Kalenderjahr werden maximal CHF 100.– für prophylaktische Behandlungen (Kontrolluntersuchung, Dentalhygiene) durch einen Zahnarzt oder einen diplomierten Dentalhygieniker übernommen. Leistungen an prophylaktische Behandlungen werden vom versicherten Maximalbetrag abgezogen.

2 Behandlungen

Versichert sind 80% der Kosten folgender ambulanter und stationärer Zahnbehandlungen einschliesslich der für die zahnärztliche Behandlung notwendigen Medikamente.

Dental Basic
bis maximal CHF 2000.– pro Kalenderjahr
für alle Leistungen zusammen

Konservierende Zahnbehandlungen
(Kunststofffüllungen, Wurzelbehandlungen)

Extraktion (Entfernen) von Weisheitszähnen
(inkl. chirurgischer Extraktion)

Weitere konservierende Zahnbehandlungen
(Inlays, z.B. Keramik- oder Goldfüllungen)

Veneers

Parodontalbehandlungen
(Behandlungen am Zahnhalteapparat)

Zahnprothetische Arbeiten
(Brücken, Kronen, Stifte etc.)

Prophylaktische Behandlungen
(Kontrolluntersuchung, Dentalhygiene, keine Kostenbeteiligung des Versicherungsnehmers oder der Versicherungsnehmerin)

Die ausgeführten Behandlungen müssen in den Rechnungen detailliert aufgeführt und unfallbedingte Behandlungen speziell gekennzeichnet sein.

Sanitas übernimmt stationäre Behandlungen, wenn Sanitas vor Behandlungsbeginn eine Kostengutsprache ausgestellt hat.

3 Kostenbeteiligung und Franchise

Pro Kalenderjahr beträgt die Franchise des Versicherungsnehmers oder der Versicherungsnehmerin CHF 250.– für alle krankheits- und unfallbedingten Behandlungen. Massgebend ist das Behandlungsdatum.

Für Leistungen gemäss Abs. 4.2 übernimmt Sanitas bis zum genannten Höchstbetrag 80% der die Franchise übersteigenden Kosten. Für prophylaktische Behandlungen gemäss Abs. 4.1 fällt keine Kostenbeteiligung bzw. Franchise an.

4 Unterjähriger Beginn der Versicherung

Bei Versicherungsbeginn während des Kalenderjahres wird der maximale Leistungsanspruch nach Anzahl der versicherten Monate pro rata berechnet.

5 Karenzfristen

Bei unfallbedingten Zahnbehandlungen und prophylaktischen Behandlungen besteht keine Karenzfrist. Für die übrigen Behandlungen gelten folgende Karenzfristen:

- Für konservierende Zahnbehandlungen, Parodontalbehandlungen und Behandlungen an Weisheitszähnen 6 Monate
- Für zahnprothetische Arbeiten (Brücken, Kronen, Stifte), Inlays und Veneers 12 Monate

6 Abweichungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) VVG

1 Wechsel der Altersgruppe und des Wohnsitzes (Ziffer 22) sowie der Vertragsdauer

Der Prämientarif kann eine Abstufung der Prämien nach Alter, Geschlecht, zivilrechtlichem Wohnsitz und Vertragsdauer (Mehrjahresrabatt, der nach Ablauf der ursprünglich vereinbarten Laufzeit wieder wegfällt) vorsehen und bei Änderung einer Tatsache eine Prämienänderung nach sich ziehen. Diese Prämienänderung berechtigt, mit Ausnahme der Prämienänderung aufgrund des Alters, nicht zu einer Kündigung gemäss Ziffer 18 AVB VVG.

Altersgruppen

Die versicherte Person wird anhand ihres jeweils aktuellen Lebensalters in folgende Altersgruppen eingeteilt:

0–10	21–25	36–40	51–55	66–70	81–85
11–15	26–30	41–45	56–60	71–75	86+
16–20	31–35	46–50	61–65	76–80	

Für die Einteilung in die Altersgruppe ist das erreichte Alter der versicherten Person im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns massgebend.

Der Wechsel in die nächsthöhere Altersgruppe erfolgt auf Beginn des Kalenderjahres, in welchem die versicherte Person den ersten Geburtstag der höheren Altersgruppe erreicht (Effektivalter-Tarif).

Ein Wechsel in eine der genannten höheren Altersgruppen ist in der Regel mit einer Erhöhung der Prämie verbunden.