

Krankenkasse Steffisburg
Unterdorfstrasse 37
Postfach 138
3612 Steffisburg
Telefon 033 439 40 20
Telefax 033 439 40 29
E-Mail info@kkst.ch

 **Krankenkasse Steffisburg**
kkst.ch *regional & individuell.*

ALLGEMEINE VERSICHERUNGS- BEDINGUNGEN (AVB)

Ausgabe 01.01.2019

Dental

INHALTSVERZEICHNIS

Allgemeine Vertragsunterlagen

- 1 Grundlagen der Versicherung3
- 2 Versicherungsmöglichkeiten3

Anmerkung:

Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Nennung der weiblichen und männlichen Schreibweise verzichtet.

Allgemeine Vertragsunterlagen

Durchführung der Versicherung

Krankenkasse Steffisburg, Unterdorfstrasse 37,
3612 Steffisburg

Versicherungsträger

ÖKK Versicherungen AG, Bahnhofstrasse 9,
7302 Landquart, nachfolgend ÖKK genannt.

Die versicherte Person bzw. deren gesetzliche Vertretung ist damit einverstanden, dass die ÖKK Einsicht in alle Akten erhält, die im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss sowie der Leistungsausrichtung relevant sind.

Die ÖKK ist berechtigt, weitere Auskünfte und Nachweise zu verlangen oder selbst einzuholen sowie die versicherte Person jederzeit durch einen Vertrauensarzt untersuchen zu lassen. Der Arzt der versicherten Person ist gegenüber dem Versicherungsträger vom Arztgeheimnis entbunden

1. Grundlagen der Versicherung

1.1 Zweck

DENTAL leistet für zahnärztliche Behandlungen und prophylaktische Massnahmen.

1.2 Versicherungsabschluss

DENTAL 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 dem Versicherten 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 von DENTAL 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 besteht folgende Versicherungsmöglichkeit:

– DENTAL

2.1 Dental

2.1.1 Leistungsvarianten

Variante	Maximaler Leistungsanspruch pro Kalenderjahr
– DENTAL B	50% bis max. CHF 500.-
– DENTAL C	50% bis max. CHF 1'000.-
– DENTAL E	75% bis max. CHF 1'500.-
– DENTAL F	75% bis max. CHF 3'000.-

2.1.2 Prophylaxe und Kontrolle

DENTAL leistet für eine Kontrolluntersuchung inkl. Röntgen und für Prophylaxe bis CHF 100.- pro Kalenderjahr. Die Kostenbeteiligung der Leistungsvariante kommt nicht zur Anwendung.

2.1.3 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.

2.1.4 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. entsprechende Provisorien, Reparaturen und die 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.

2.1.5 Geltendmachung der Ansprüche

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