

Inhaltsverzeichnis

I Einleitung	1
II Versicherungsschutz	1
2.1 Wer kann diese Versicherung abschliessen?	1
2.2 Welchen Schutz bietet rhenuDENTA?	1
2.3 Welche Leistungsstufen bietet rhenuDENTA?	1
2.4 Welches ist der örtliche Geltungsbereich?	1
III Leistungen	2
3.1 Welches sind die Leistungsvoraussetzungen?	2
3.2 Wann beginnt der Anspruch auf Leistungen?	2
IV Leistungsabwicklung	2
4.1 Wie und wo werden Leistungen erbracht?	2
4.2 In welchen Fällen werden keine Leistungen erbracht?	2
4.3 Welche Pflichten habe ich insbesondere im Schadenfall?	2
V Allgemeine Bestimmungen	2
A Versicherungsdauer	2
5.a.1 Wann beginnt der Versicherungsschutz?	2
5.a.2 Wann ist das Versicherungsverhältnis beendet?	2
5.a.3 Wie kann ich die Versicherung kündigen?	2
5.a.4 Wie kann ich die Versicherung sistieren?	2
5.a.5 Wann kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis und insbesondere die AVB anpassen?	2
B Prämie	3
5.b.1 Wie wird die Prämie erhoben?	3
5.b.2 Wann und wie wird die Prämie angepasst?	3
5.b.3 Was passiert, wenn nicht termingerecht bezahlt wird?	3
5.b.4 Wann besteht ein Anspruch auf Rückerstattung der Prämie?	3
5.b.5 Können Prämien mit Leistungen verrechnet, Leistungen abgetreten oder verpfändet werden?	3
C Leistungsausschlüsse	3
5.c.1 Was ist nicht versichert?	3
D Datenschutz	3
5.d.1 Was passiert mit meinen Daten?	3
5.d.2 Werden Personendaten an Dritte weitergegeben?	3
5.d.3 Wie lange werden Personendaten aufbewahrt?	3
E Mitteilungen	4
5.e.1 Wie werde ich informiert?	4
F Pflichten des Versicherten	4
5.f.1. Welche Pflichten habe ich als Versicherter beim Abschluss?	4
5.f.2. Welche Pflichten habe ich als Versicherter während der Versicherungsdauer?	4
5.f.3 Welche Pflichten habe ich als Versicherter im Schadenfall?	4
G Subsidiarität, Vorleistung sowie Leistungen Dritter	4
5.g.1 Was gilt hinsichtlich Zahlungsvereinbarungen mit Dritten?	4
5.g.2 Was gilt bei mehrfacher Versicherungsdeckung und Leistungen Dritter?	4
5.g.3 Wann erbringt der Versicherer Vorleistungen?	4
H Schlussbestimmungen	4
5.h.1 Wo befindet sich der Gerichtsstand?	4

I Einleitung

Soweit nachfolgend nichts Abweichendes festgelegt wird, erbringt der Versicherer die Versicherungsleistungen als Partei des Versicherungsvertrages im Verhältnis zu den Versicherten und wird als «Versicherer» bezeichnet.

Die wesentlichen Bestimmungen über Ihre Zahnpflege-Versicherung rhenuDENTA finden Sie

- in Ihrer Versicherungspolice;
- in den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB);
- im Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG).

Die Bestimmungen gelten vorrangig in der Reihenfolge, wie sie aufgeführt sind.

Alle im Text verwendeten Begriffe, welche Personen bezeichnen, sind geschlechtsneutral zu verstehen.

Leistungen anderer Sozialversicherungen werden angerechnet.

II Versicherungsschutz

2.1 Wer kann diese Versicherung abschliessen?

Jede Person, die das 60. Altersjahr noch nicht vollendet hat, kann diese Versicherung beantragen. Das Aufnahmeformular vom Versicherer muss von einem Zahnarzt ausgefüllt sein. Die Kosten der zahnärztlichen Untersuchung gehen zu Lasten des Antragsstellers.

Vorgeburtliche Anmeldungen werden ohne Vorbehalt aufgenommen.

2.2 Welchen Schutz bietet rhenuDENTA?

rhenuDENTA gewährt Leistungen an die Kosten von zahnärztlichen Behandlungen inklusive Prophylaxe, Kieferorthopädie (ab dem vollendeten 20. Altersjahr) sowie Kieferchirurgie.

Kein Anspruch besteht auf Zahnpflegemittel und Zahnpflege-Apparate.

2.3 Welche Leistungsstufen bietet rhenuDENTA?

rhenuDENTA gewährt folgende Leistungsstufen:

- Leistungsstufe PLATIN: 90 %, max. CHF 2000.00 pro Kalenderjahr;
- Leistungsstufe GOLD: 75 %, max. CHF 1500.00 pro Kalenderjahr;
- Leistungsstufe SILBER: 50 %, max. CHF 1000.00 pro Kalenderjahr.

Zusätzlich bietet rhenuDENTA zu den drei Leistungsstufen eine Option an. Diese Option übernimmt pro Fall 75 % des Rechnungsbetrags, welcher CHF 5000.00 übersteigt, bis max. CHF 30'000.00. Die Option kann nur zusammen mit einer Leistungsstufe gewählt werden. Die Deckung der Option erlischt bei Erreichung des Höchstbetrages.

Die Karenzfrist der Option beträgt 24 Monate.

2.4 Welches ist der örtliche Geltungsbereich?

Die Versicherung gilt auf der ganzen Welt.

Gültig ab	01.01.2014	Gültig bis		Dateiname	3_VVG_rhenuDENTA.docx
Verantwortlich	VS			Seite	1 von 4

III Leistungen

3.1 Welches sind die Leistungsvoraussetzungen?

Voraussetzung für die Ausrichtung der Leistungen ist das Vorliegen medizinischer Notwendigkeit sowie Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlungen.

Um diesen Sachverhalt prüfen zu können, hat der Versicherte den Anforderungen des Vertrauensarztes des Versicherers bzw. des Versicherers nachzukommen. Leistungen der rhenuDENTA werden für Behandlungen durch eidg. dipl. oder gemäss kantonalen Vorschriften anerkannte Zahnärzte gewährt.

Bei Behandlungen im Ausland werden die Kosten übernommen, wenn der ausländische Zahnarzt über eine wissenschaftliche Ausbildung verfügt, die der schweizerischen gleichwertig ist.

Leistungen werden höchstens bis zum aktuell gültigen Tarif der Schweizerischen Zahnärztesgesellschaft (SSO) ausgerichtet.

Bei Behandlungen im Ausland darf der landesübliche Tarif nicht überschritten werden. Obergrenze bildet der in der Schweiz gültige SSO-Tarif.

3.2 Wann beginnt der Anspruch auf Leistungen?

Der Leistungsanspruch in der rhenuDENTA beginnt nach einer Karenzfrist von 6 Monaten ab Beginn der Versicherung. Entscheidend für die Entstehung des Anspruchs ist das Behandlungsdatum.

IV Leistungsabwicklung

4.1 Wie und wo werden Leistungen erbracht?

Die Zahlung erfolgt in Schweizer Franken auf ein Konto in der Schweiz.

4.2 In welchen Fällen werden keine Leistungen erbracht?

Zusätzlich zu den in Ziffer 5.c.1 erwähnten Leistungsausschlüssen werden keine Leistungen erbracht:

- bei nachträglichem Ersatz von im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses (rhenuDENTA) fehlenden, ersetzten oder retinierten (zurückgehaltenen) Zähnen;
- bei unfallbedingten zahnärztlichen Behandlungen;
- bei Verlust oder schuldhafter Beschädigung von Zahnersatz oder orthodontischen Apparaturen;
- bei Behandlung innerhalb der Karenzfrist;
- bei Verletzung der im Schadenfall gebotenen Anzeigepflichten und Obliegenheiten (davon ausgenommen ist eine unverschuldete Verletzung der Obliegenheiten).

Beiträge der Schul- oder Jugendzahnpflege sowie andere Versicherungsleistungen (Doppel-Versicherung) werden an die Leistungen angerechnet.

4.3 Welche Pflichten habe ich insbesondere im Schadenfall?

Jeder Versicherungsfall, der einen Leistungsanspruch auslösen kann, ist dem Versicherer durch Zustellen der Originalrechnung zu melden. Auf Verlangen des Versicherers hat sich der Versicherte durch einen vom Versicherer beauftragten Zahnarzt untersuchen zu lassen.

V Allgemeine Bestimmungen

A Versicherungsdauer

5.a.1 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Die Versicherungsdeckung beginnt an dem auf der Police aufgeführten Tag, vorbehaltlich der Karenzfrist.

Die Mindestversicherungsdauer beträgt 1 Jahr.

Der Vertrag verlängert sich nach Ablauf stillschweigend um ein weiteres Jahr.

5.a.2 Wann ist das Versicherungsverhältnis beendet?

Ohne gegenteilige Vereinbarung erlischt die Versicherung auf Ende des Monats:

- bei Kündigung auf Ende des Kalenderjahres unter Einhaltung der vereinbarten Kündigungsfrist;
- bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland;
- mit dem Tod des Versicherten.

5.a.3 Wie kann ich die Versicherung kündigen?

Diese Versicherung kann unter Einhaltung einer drei monatigen Kündigungsfrist auf Ende eines Kalenderjahres, erstmals nach ununterbrochener einjähriger Versicherungsdauer, schriftlich gekündigt werden. Die rhenusana verzichtet auf das Kündigungsrecht nach Ablauf der Vertragsdauer.

Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Arbeitstag des Monats vor Beginn der dreimonatigen Kündigungsfrist beim Versicherer eingetroffen ist.

Nach jedem Schadenfall, für den der Versicherer eine Leistung erbringt, kann der Versicherte innert 14 Tagen seit Auszahlung der Entschädigung oder seit deren Kenntnisnahme diese Versicherung schriftlich kündigen. Die Versicherungsdeckung erlischt 14 Tage nach dem Eintreffen der Kündigung beim Versicherer.

Versicherte, die mit einer Anpassung der Versicherung nach Ziffer 5.a.5 oder einer Prämienänderung nach Ziffer 5.b.2 der Versicherungsbedingungen nicht einverstanden sind, können dieses Versicherungsprodukt auf das Datum der Änderung kündigen.

Erhält der Versicherer innert 30 Tagen seit Eintreffen der Änderungsmitteilung keine schriftliche Kündigung, gilt dies als Zustimmung der Änderung.

Prämienänderungen infolge Wohnsitzwechsel berechtigen nicht zur oben erwähnten ausserordentlichen Kündigung.

Der Versicherer verzichtet im Schadenfall auf das Kündigungsrecht, sofern nicht ein Fall von vollendetem oder versuchtem Versicherungsmissbrauch vorliegt.

5.a.4 Wie kann ich die Versicherung sistieren?

Der Versicherte kann die Versicherung sistieren, wenn er nachweisbar mindestens 6 Monate im Ausland weilt.

Die Sistierung beginnt mit dem 1. Tag des folgenden Monats und dauert längstens 5 Jahre. Die Prämie während dieser Zeit reduziert sich auf 10% des normalen Tarifs, mindestens CHF 5.00 pro Monat.

5.a.5 Wann kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis und insbesondere die AVB anpassen?

Der Versicherer ist aus einem der nachstehend aufgeführten Gründe berechtigt, die Versicherungsbedingungen anzupassen:

- erhebliche Ausweitung der Anzahl oder Etablierung neuer Arten von Leistungserbringern;
- Entwicklungen der modernen Medizin;
- Leistungsänderungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Werden die Versicherungsbedingungen aus diesen Gründen angepasst, gelten für den Versicherten und den Versicherer die neuen Bedingungen.

Der Versicherer teilt jedem Versicherten schriftlich die vorgenommenen Anpassungen mit.

Gültig ab	01.01.2014	Gültig bis		Dateiname	3_VVG_rhenuDENTA.docx
Verantwortlich	VS			Seite	2 von 4

B Prämie

5.b.1 Wie wird die Prämie erhoben?

Für Versicherungsabschlüsse während des Kalenderjahres wird die Prämie für die Restzeit erhoben.

Die Prämie ist für das ganze Kalenderjahr im Voraus geschuldet, sofern nichts anderes vereinbart ist.

5.b.2 Wann und wie wird die Prämie angepasst?

Die Prämien werden nach dem Alter des Versicherten berechnet. Dabei werden die Versicherten in Altersgruppen eingeteilt, welche verschiedene Altersjahre umfassen und dem Alter des Versicherten entsprechend angepasst werden. Die Altersgruppen werden wie folgt festgelegt: bis 18, bis 25, bis 30, bis 35, bis 40, bis 45, bis 50, bis 55, bis 60, bis 65, bis 70, bis 75, ab 76 Jahren.

Der Versicherer kann die Prämientarife auf Grund der Kostenentwicklung, des Schadenverlaufs sowie wegen Anpassung des Deckungsumfangs jährlich neu festlegen. Der Versicherer teilt dem Versicherten diese Änderungen schriftlich mit.

Hat ein Wohnsitzwechsel eine Prämienanpassung zur Folge, wird die Prämie auf diesen Zeitpunkt angepasst.

Bei zwei und mehr in einem Haushalt lebenden versicherten Personen bzw. wenn die Zahlung über ein Familienmitglied erfolgt, wird ein Familienrabatt von 5% gewährt.

Für das 3. Kind wird ein Rabatt von 50% gewährt, wenn die beiden älteren Geschwister (bis 18 Jahre) dieselbe Versicherungsdeckung haben.

5.b.3 Was passiert, wenn nicht termingerecht bezahlt wird?

Kommt der Versicherte seiner Zahlungspflicht nicht nach, so wird er schriftlich aufgefordert, innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung den geschuldeten Betrag zu bezahlen. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht nach Ablauf der Mahnfrist. Der Versicherer behält sich zudem vor, von der Versicherung zurückzutreten.

Für Schadenfälle und deren Folgen, die während des Ruhens der Leistungspflicht auftreten, besteht selbst bei nachträglicher Zahlung der Prämie kein Leistungsanspruch.

Der Versicherte hat den durch ein Mahnverfahren entstehenden zusätzlichen Verwaltungsaufwand dem Versicherer mit einem Betrag von CHF 50.00 zu entschädigen. Muss der Versicherer ein Betreibungsbegehren stellen, so hat der Versicherte neben den Betreibungskosten den daraus entstehenden zusätzlichen Verwaltungsaufwand des Versicherers mit CHF 150.00 zu entschädigen.

5.b.4 Wann besteht ein Anspruch auf Rückerstattung der Prämie?

Sofern die Prämie für eine bestimmte Versicherungsdauer vorausbezahlt wurde und der Vertrag aus einem gesetzlich oder vertraglich vorgesehenen Grund vor Ende dieser Dauer aufgehoben wird, bezahlt der Versicherer die Prämie für die nicht beanspruchte Versicherungsperiode zurück.

Es besteht kein Anspruch auf Rückerstattung, wenn der Vertrag weniger als 1 Jahr in Kraft war und der Versicherte die Vertragsauflösung durch Kündigung veranlasste.

5.b.5 Können Prämien mit Leistungen verrechnet, Leistungen abgetreten oder verpfändet werden?

Der Versicherer hat gegenüber dem Versicherten ein Verrechnungsrecht, nicht hingegen der Versicherte gegenüber dem Versicherer.

Leistungen können nur mit schriftlicher Zustimmung des Versicherers rechtswirksam verpfändet oder an Dritte abgetreten werden.

C Leistungsausschlüsse

5.c.1 Was ist nicht versichert?

Keine Leistungen werden erbracht bei Leiden:

- die beim Abschluss der Versicherung schon bestanden haben;
- die nach Erlöschen der Versicherung aufgetreten sind;
- die nach Erlöschen der Versicherungsdeckung weiterbestehen, auch wenn bereits während der Versicherungsdauer Leistungen ausgerichtet wurden;
- infolge Konsums von Alkohol, Medikamenten, Drogen und Chemikalien;
- infolge kriegerischer Ereignisse in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein;
- infolge kriegerischer Ereignisse im Ausland, es sei denn, der Versicherte erkrankt oder verunfallt innert 14 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten von solchen Ereignissen in dem Land, in dem er sich aufhält, und er vom Ausbruch der kriegerischen Ereignisse dort überrascht worden ist;
- Gesundheitsschäden infolge Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Atomenergie;
- Selbstverstümmelung sowie dem Versuch der Selbsttötung;
- absichtlicher Herbeiführung des Schadens. Bei grobfahrlässiger Herbeiführung des Schadens kann der Versicherer die Leistungen entsprechend dem Grad des Verschuldens kürzen.

D Datenschutz

5.d.1 Was passiert mit meinen Daten?

Der Versicherer verwendet die personenbezogenen Informationen des Versicherten für die Vertragsabwicklung sowie für die persönliche Patientenberatung und Betreuung aber auch um die Qualität der Produkte und Dienstleistungen, die er seinen potenziellen, bestehenden sowie ehemaligen Versicherten anbietet, fortlaufend zu verbessern.

Um auf die unterschiedlichen und individuellen Bedürfnisse der Versicherten möglichst optimal einzugehen sowie Produkte und Dienstleistungen des Versicherers anzubieten, die kostengünstig sind, können die Daten für bedürfnisorientierte Kundengruppenbildungen mit mathematischen und statistischen Methoden ausgewertet werden. Dem Versicherer ist es deshalb auch ausdrücklich gestattet, in das allenfalls vorhandene Krankenversicherungsdossier aus der Grund- und/oder Zusatzversicherung Einsicht zu nehmen. Es wird indessen nur im Zusatzversicherungsbereich zu den vorgenannten Zwecken bearbeitet.

Gültig ab	01.01.2014	Gültig bis		Dateiname	3_VVG_rhenuDENTA.docx
Verantwortlich	VS			Seite	3 von 4

5.d.2 Werden Personendaten an Dritte weitergegeben?

Der Versicherer untersteht den Datenschutzvorschriften. Es werden daher grundsätzlich keine personenbezogenen Informationen an Dritte ausserhalb des Versicherers bekannt gegeben.

Ausnahmen bestehen nur in jenen Fällen, bei denen eine Datenbekenntgabe durch eine gesetzliche Bestimmung ausdrücklich vorgeschrieben bzw. erlaubt ist oder wenn zur Abwicklung und Erfüllung der vorliegenden Versicherung Partnerunternehmen beigezogen werden.

5.d.3 Wie lange werden Personendaten aufbewahrt?

Die Personendaten werden nur so lange bearbeitet und in einer Datenbank oder auf Papier aufbewahrt, wie es die gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmungen zwingend erfordern.

E Mitteilungen

5.e.1 Wie werde ich informiert?

Der Versicherte erhält Mitteilungen des Versicherers an die zuletzt gemeldete Adresse in der Schweiz. Weitere Informationen werden im Kundenmagazin, dem Publikationsorgan des Versicherers, sowie auf der Homepage des Versicherers veröffentlicht.

F Pflichten des Versicherten

5.f.1 Welche Pflichten habe ich als Versicherter beim Abschluss?

Im Antragsformular sind alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsachen, soweit und so, wie sie beim Abschluss der Versicherung bekannt sind oder bekannt sein müssen, wahrheitsgemäss und vollständig anzugeben. Werden solche Tatsachen unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, kann der Versicherer innert vier Wochen, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, den Vertrag durch schriftliche Erklärung kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang beim Versicherten wirksam. Wird die Versicherung durch Kündigung aufgelöst, so erlischt auch die Leistungspflicht des Versicherers für bereits eingetretene Schäden, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden ist. Soweit die Leistungspflicht schon erfüllt wurde, hat der Versicherer Anspruch auf Rückerstattung.

5.f.2 Welche Pflichten habe ich als Versicherter während der Versicherungsdauer?

Der Antragsteller und der Versicherte entbinden Leistungserbringer, Krankenversicherer und andere zuständige Stellen von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber Auskunftsbeghären des Versicherers und ermächtigen sie, die verlangten Auskünfte zu erteilen.

Wohnsitzänderungen sind dem Versicherer innert Monatsfrist schriftlich mitzuteilen.

5.f.3 Welche Pflichten habe ich als Versicherter im Schadenfall?

Im Schadenfall hat der Versicherte alles zu unternehmen, was seine Genesung fördert und alles zu unterlassen, was diese verzögert. Insbesondere hat er den Anordnungen von medizinischen Fachpersonen (Ärzte, Zahnärzte, Chiropraktoren, etc.) Folge zu leisten. Kommt er dieser Schadenminderungspflicht nicht nach, kann der Versicherer die Leistungen entsprechend dem Grad des Verschuldens kürzen.

Jeder Versicherungsfall, der einen Leistungsanspruch auslösen kann, ist dem Versicherer durch Zustellen der Originalrechnung zu melden. Dies hat bis spätestens einen Monat nach Erhalt der Rechnung zu erfolgen.

G Subsidiarität, Vorleistung sowie Leistungen Dritter

5.g.1 Was gilt hinsichtlich Zahlungsvereinbarungen mit Dritten?

Zahlungsvereinbarungen zwischen Rechnungssteller und Versicherten sind für den Versicherer nicht verbindlich. Ein Leistungsanspruch besteht nur im Rahmen des Tarifs, der vom Versicherer für den betreffenden Leistungserbringer anerkannt wird.

Trifft der Versicherte mit leistungspflichtigen Dritten ohne Einwilligung des Versicherers Vereinbarungen, in welchen er teilweise oder gänzlich auf Versicherungs- oder Schadenersatzansprüche verzichtet, entfällt die Leistungspflicht des Versicherers.

5.g.2 Was gilt bei mehrfacher Versicherungsdeckung und Leistungen Dritter?

Sämtliche vertraglichen Leistungen werden im Nachgang zu den Sozialversicherungsleistungen aus- oder inländischer Versicherer (Sozial- oder Privatversicherer), insbesondere auch zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung, erbracht.

Bei mehreren leistungspflichtigen Privatversicherungen leistet der Versicherer anteilmässig (Art. 71 VVG).

Sind haftpflichtige Dritte leistungspflichtig, gewährt der Versicherer seine Leistungen vorbehältlich Ziffer 5.g.3 nur, wenn die Dritten ihre Leistungen erbracht haben und nur in dem Masse, als unter der Berücksichtigung der Leistungen Dritter dem Versicherten kein Gewinn erwächst.

5.g.3 Wann erbringt der Versicherer Vorleistungen?

Der Versicherer erbringt Vorleistungen, wenn

- ihm der Versicherte seine Ansprüche gegenüber leistungspflichtigen Dritten bis zur Höhe der von ihm erbrachten Leistungen abtritt und
- der Versicherte sich verpflichtet, nichts zu unternehmen, was der Geltendmachung eines allfälligen Rückgriffs gegenüber Dritten entgegensteht.

H Schlussbestimmungen

5.h.1 Wo befindet sich der Gerichtsstand?

Klagen aus dem Versicherungsvertrag sind wahlweise möglich beim Gericht am schweizerischen Wohnsitz des Versicherten oder am Sitz des Versicherers.

Gültig ab	01.01.2014	Gültig bis		Dateiname	3_VVG_rhenuDENTA.docx
Verantwortlich	VS			Seite	4 von 4