
Voorwaarden Tandarts Polis

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

1.1 De maatschappij

Maatschappij Voor Zorgverzekering Gouda N.V.

1.2 Verzekerde

Ieder van de als zodanig in het polisblad vermelde personen.

1.3 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de maatschappij is aangegaan.

1.4 Tandarts

Een in Nederland gevestigde tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

1.5 Tandprotheticus

Een in Nederland gevestigde tandprotheticus die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

Artikel 2 Omvang van de dekking

De maatschappij vergoedt, afhankelijk van het gekozen dekkingspakket, per verzekerde de in de polisvoorwaarden genoemde noodzakelijke kosten van behandeling door een tandarts. Het gekozen dekkingspakket (A, B of C) blijkt uit het polisblad. Indien u gekozen heeft voor pakket A dan is artikel 3 van toepassing, heeft u gekozen voor pakket B dan geldt artikel 4 en bij een keuze voor pakket C is artikel 5 van toepassing.

Artikel 3 Pakket A

De volgende verrichtingen uitgevoerd door een tandarts of mondhygiënist worden voor 80% van de Uniforme Particuliere Tarieven (UPT) vergoed:

- anesthesie (A-codes);
- consulten (C-codes);
- röntgendiagnostiek (X-codes);
- preventie en mondhygiëne (M-codes);
- restauraties (V-codes);
- extracties (H-codes);
- wortelkanaalbehandelingen (E-codes).

Uitzonderingen:

- code C90 (niet nagekomen afspraak) komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 4 Pakket B

Alle door een tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus verrichte behandelingen worden, op basis van de Uniforme Particuliere Tarieven (UPT), voor 80% vergoed tot ten hoogste € 750,- per kalenderjaar per verzekerde.

Uitzonderingen:

- code C90 (niet nagekomen afspraak) komt niet voor vergoeding in aanmerking;
- de kosten van orthodontie (D-codes) komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 5 Pakket C

Alle door een tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus verrichte behandelingen worden, op basis van de Uniforme Particuliere Tarieven (UPT), volledig vergoed tot ten hoogste € 1500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Uitzonderingen:

- code C90 (niet nagekomen afspraak) komt niet voor vergoeding in aanmerking;
- de kosten van orthodontie (D-codes) komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 6 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten bestaat:

6.1

Voor door tandtechnici al dan niet onder eigen naam verrichte tandheelkundige behandelingen.

6.2

Voor verrichtingen en leveringen door tandheelkundige instituten -ook tandtechnische inrichtingen genaamd-, alsmede verrichtingen en leveringen door artsen, tandartsen, of tandheelkundigen, die hun diensten verrichten in relatie met of ten behoeve van genoemde instituten en inrichtingen.

6.3

Indien en voorzover door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten kan worden gemaakt krachtens:

- een wettelijk geregelde verzekering;
- een regeling van overheidswege;
- enigerlei subsidieregeling;
- een andere overeenkomst.

Deze uitsluiting blijft onverminderd van kracht als er conform het in dit artikel gestelde elders een aanspraak is, maar deze niet gehonoreerd wordt, omdat een voorgeschreven procedure niet is gevolgd, of een verplichting niet is nagekomen.

6.4

Voor de behandeling van aandoeningen veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij. De zes genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gedeponneerd.

6.5

Voor de behandeling van aandoeningen ontstaan door, dan wel verband houdend met atoomreacties en de daarbij ontstane splitsingsproducten, onverschillig hoe reacties zijn ontstaan, anders dan bij een verzekerde toegepaste behandeling.

Artikel 7 Algemeen

7.1 Grondslag van de verzekering

De verzekering wordt aangegaan op grond van:

- het door de verzekeringnemer en/of verzekerde(n) ingevulde en ondertekende aanvraagformulier, alsmede;
- het / de door de tandarts ingevulde en ondertekende keuringpakket(ten).

De maatschappij is geen vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen, indien de mededelingen in het aanvraagformulier dan wel de afzonderlijke gegevens, in strijd met de waarheid waren of omstandigheden verzwegen werden, welke van dien aard zijn, dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien de maatschappij daarvan kennis had gedragen.

7.2 Begin en einde van het recht op vergoeding

Verzekeringnemer heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten voorzover gemaakt tijdens de duur van de verzekering.

7.3 Verzekeringsgebied

De verzekering is uitsluitend van kracht binnen Nederland. Voor de in het buitenland gemaakte kosten van tandheelkundige behandelingen, als gevolg van acute klachten tijdens vakantie en/of zakenreis ontstaan, zal vergoeding plaatsvinden overeenkomstig de in de omvang van de dekking genoemde maxima, indien en voorzover deze behandelingen tandheelkundig gezien niet uitgesteld konden worden.

Artikel 8 Verplichtingen

De verzekerde is verplicht ervoor te zorgen:

8.1

Dat de nota's voor tandheelkundige hulp vergezeld zijn van het door de tandarts ingevulde specificatieformulier volgens het model dat hiervoor is vastgesteld door de organisaties van tandartsen en verzekeraars.

8.2

Dat desgevraagd aan de maatschappij, haar tandheelkundig adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van alle gewenste inlichtingen.

8.3

Dat desgevraagd medewerking wordt verleend aan een gebits-onderzoek voor rekening van de maatschappij, door een door de maatschappij aangewezen tandarts.

8.4

Dat bij een (f)lapoperatie voorafgaande machtiging van de maatschappij is verkregen.

8.5

Dat alle nota's betreffende het verstreken kalenderjaar voor 31 december van het daaropvolgende jaar zijn ingediend.

Bij het niet nakomen van de hierboven vermelde verplichtingen kan geen aanspraak op vergoeding worden gemaakt.

Artikel 9 Premiebetaling, schorsing, premierestitutie

9.1 Premiebetaling

De premies zijn telkens bij vooruitbetaling verschuldigd.

9.2 Schorsing

Niet-betaling van de premie en de kosten binnen 30 dagen nadat deze verschuldigd zijn, heeft, zonder dat enige ingebrekestelling is vereist en onverminderd de verplichting tot verdere premiebetaling, schorsing van de verzekering ten gevolge, welke schorsing alsdan wordt geacht te zijn ingegaan op de eerste dag van het tijdvak waarover achterstallige premie verschuldigd was. De verzekering wordt weer van kracht op de dag, volgende op die waarop de verschuldigde premie en kosten zijn voldaan en door de maatschappij zijn aangenomen. Voor de kosten waartoe de noodzaak of verwachting om die te maken zich geopenbaard heeft in de tijd dat de verzekering is of was geschorst, is geen vergoeding verschuldigd.

9.3 Premierestitutie

De verzekering geschiedt zonder restitutie van premie.

Artikel 10 Herzieningen

10.1

Een algemene herziening van premie, eigen risico en/of voorwaarden zal en bloc dan wel groepsgewijze geschieden op een door de maatschappij vast te stellen datum. Deze algemene herziening zal voor de verzekeringnemer van deze datum af van kracht zijn.

10.2

Houdt de herziening een premieverhoging en/of voorwaarden beperking in, welke niet voortvloeit uit wettelijke bepalingen of regelingen, dan heeft de verzekeringnemer het recht hiermee niet accoord te gaan.

10.3

Indien de verzekeringnemer overeenkomstig het bepaalde bij 10.2 niet accoord gaat kan de verzekering per herzieningsdatum beëindigd worden, mits verzekeringnemer dit binnen 30 dagen na de herzieningsmededeling van de maatschappij schriftelijk aan de maatschappij heeft meegedeeld.

10.4

Heeft de maatschappij geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe premie, eigen risico en/of op de nieuwe voorwaarden.

Artikel 11 Duur en einde van de verzekering

De verzekering is aangegaan voor het lopende kalenderjaar en wordt daarna stilzwijgend van jaar tot jaar verlengd.

De verzekering eindigt:

11.1

Op de contractsvervaldatum, indien de verzekeringnemer uiterlijk 3 maanden voor deze datum de verzekering schriftelijk aan de maatschappij heeft opgezegd.

11.2

Voor elke verzekerde:

- op het tijdstip waarop deze ophoudt Nederlands ingezetene te zijn;
- op de eerste dag van de maand waarin deze de 65-jarige leeftijd bereikt;
- op het tijdstip dat de verzekerde niet langer verzekerd is krachtens een ziektekostenverzekering bij de maatschappij.

11.3

Door schriftelijke opzegging door de maatschappij:

- op een door haar te bepalen tijdstip in gevallen als bedoeld in artikel 7.1 en in geval van schorsing als bedoeld in artikel 9.2;
- op de contractsvervaldatum. De maatschappij zal hierbij een opzegtermijn van tenminste 3 maanden in acht nemen.

Artikel 12 Verhuizing en adres

Kennisgevingen door de maatschappij aan verzekeringnemer geschieden rechtsgeldig aan het laatst bij de maatschappij bekende adres.

Artikel 13 Toepasselijk recht en klachtenregeling

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing. Klachten verbandhoudend met deze verzekering kunnen worden voorgelegd aan de klachtencommissie van De Goudse:

Klachtencommissie De Goudse

Postbus 9

2800 MA GOUDA

en / of de volgende instantie:

Stichting Klachteninstituut Verzekering

Postbus 93560

2509 AN DEN HAAG

Artikel 14 Privacy-reglement

De door verzekeringnemer verstrekte en/of nog te verstrekken gegevens kunnen worden opgenomen in de door De Goudse aangehouden cliëntenregistratie. Hierop is een privacy-reglement van toepassing.

Belangrijke telefoonnummers

Voor beantwoording van uw vragen kunt u op onderstaande telefoonnummers terecht:

- polisdekking en uitkeringen (0182) 544 895
- acceptatie en premie (0182) 544 892