

Verzekeringsvoorwaarden

Aanvullende verzekering Tand Standaardpakketpolis

Verzekeringsvoorwaarden ingaande 1 januari 2004

Onderlinge Waarborgmaatschappij De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen U.A.

Ingeschreven bij de Kamer van Koophandel onder nummer 01051078

Inhoudsopgave

Verzekeringsvoorwaarden	2
Artikel 1 Algemene bepalingen	2
Artikel 2 Omvang van de dekking	5

Verzekeringsvoorwaarden

Artikel 1 Algemene bepalingen

De aanvullende verzekering Tand Standaardpakketpolis is speciaal ontwikkeld als aanvullende verzekering boven de Standaardpakketpolis, zoals gevoerd door De Friesland Particulier.

- 1.1 De aanvullende verzekering Tand Standaardpakketpolis kan alleen worden gesloten in combinatie met een bij De Friesland Particulier gesloten Standaardpakketpolis voorzover alle op één polis ingeschreven personen van 18 jaar en ouder zich aanmelden.
- 1.2 De aanmelding voor de aanvullende verzekering Tand Standaardpakketpolis dient te geschieden op het daarvoor bestemde en door verzekeraar verstrekte aanmeldingsformulier voor 'Verzekering Tandheelkundige Hulp'.
- 1.3 Voor het sluiten van de aanvullende verzekering Tand Standaardpakketpolis dient een tandheelkundige gezondheidsverklaring te worden ingevuld en ondertekend door de tandarts. Ex-ziekenfondsverzekerden die in bezit zijn van een geldige en originele saneringskaart kunnen voor het aanvragen van de aanvullende verzekering Tand Standaardpakketpolis volstaan met het invullen van onder punt 1.2 genoemd aanmeldingsformulier onder bijvoeging van voornoemde saneringskaart, mits de aanvraag voor de aanvullende verzekering Tand Standaardpakketpolis binnen 2 maanden na beëindiging van de ziekenfondsverzekering plaatsvindt; de ingangsdatum is gelijk aan de ingangsdatum van de hoofdverzekering. De Friesland Particulier verzekerden kunnen bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd aansluitend en zonder tandheelkundige selectie toetreden tot de aanvullende verzekering Tand Standaardpakketpolis, mits binnen 2 maanden na het bereiken van de 18-jarige leeftijd een schriftelijk verzoek daartoe is ingediend.
- 1.4 De aanvullende verzekering Tand Standaardpakketpolis wordt van kracht, nadat De Friesland Particulier het tandheelkundig risico accepteert voor de aangemelde personen. Vanaf datum ingang van de aanvullende verzekering Tand Standaardpakketpolis is de premie bij vooruitbetaling verschuldigd voor alle aangemelde en geaccepteerde verzekerden. De premie dient op dezelfde wijze en in dezelfde termijn te worden voldaan als voor de hoofdverzekering. Indien de verzekerde niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie kan De Friesland Particulier schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 1 maand onder mededeling dat bij het niet voldoen van de verschuldigde premie binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor de behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekerde blijft verplicht de premie te voldoen. Indien De Friesland Particulier maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen alle kosten van de invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekerde. De dekking wordt weer van kracht op de dag volgende op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door De Friesland Particulier zijn ontvangen.
- 1.5 De verzekeringnemer is verplicht binnen twee maanden nadien De Friesland Particulier schriftelijk op de hoogte te stellen van alle relevante wijzigingen in de omstandigheden van het gezin c.q. van hem- of haarzelf die voor de verzekering van belang kunnen zijn, zoals adreswijziging, overlijden e.d. en verder alle informatie te verschaffen die door De Friesland Particulier in het belang van het door haar gevoerde verzekeringsbedrijf noodzakelijk wordt geacht.

- 1.6 Er bestaat geen recht op vergoeding van kosten van behandeling waarvan de noodzaak reeds ten tijde van het afgeven van de tandheelkundige gezondheidsverklaring c.q. het indienen van de saneringskaart aanwezig is.
- 1.7 Evenmin bestaat recht op vergoeding van kosten, indien de verzekerde niet meewerkt aan een tandheelkundige controle, die door of vanwege De Friesland Particulier noodzakelijk wordt geacht.
- 1.8 De verzekering wordt aangegaan voor onbepaalde tijd, met dien verstande dat zij ten minste voor de duur van één kalenderjaar moet worden aangegaan. Verzekeringen aangegaan in de loop van een kalenderjaar worden ten minste voor de duur van dat en van het daarop volgende kalenderjaar aangegaan. De verzekerde kan door opzegging deze verzekering beëindigen op 1 januari van het jaar volgend op het jaar waarin de opzegging plaats heeft en de opzegging geschiedt voor 1 november. De aanvullende verzekering Tand Standaardpakketpolis eindigt op hetzelfde tijdstip waarop de hoofdverzekering wordt beëindigd.
- 1.9 a. De Friesland Particulier behoudt zich het recht voor:
- 1 De verzekeringsvoorwaarden - waaronder mede te begrijpen bedragen en percentages van uitkeringen - te allen tijde te wijzigen.
 - 2 De premies te verhogen zodra zij van oordeel is, dat de uitgaven zodanig zijn gestegen of zullen stijgen, dat deze niet door de geldende premies worden of zullen worden gedekt.
- b. De gewijzigde verzekeringsvoorwaarden en de verhoogde premies zijn ook van toepassing op de reeds gesloten aanvullende verzekeringen Tand Standaardpakketpolis.
- 1.10 De aanvullende verzekering Tand Standaardpakketpolis geeft recht op vergoeding van onderstaande kosten van behandeling, mits deze behandelingen tandheelkundig noodzakelijk zijn en worden verricht door een in Nederland gevestigde tandarts. Techniekkosten worden niet vergoed.

De aanspraken die aan deze verzekering kunnen worden ontleend kunnen geldend worden gemaakt in Nederland en de andere lidstaten van de Europese Unie (EU) of de staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte (EER) alsmede Zwitserland.

Als een (niet spoedeisende) behandeling in een andere EU-, EER-lidstaat of Zwitserland wordt ondergaan zijn de volgende bepalingen van toepassing:

- Voorzover volgens de verzekeringsvoorwaarden voorafgaande toestemming door verzekeraar vereist is, geldt dit ook voor behandelingen binnen andere EU-, EER-lidstaten of Zwitserland.
- Voorzover in de voorwaarden beperkingen gelden zoals maximeringen, eigen bijdragen en vaste vergoedingsbedragen zijn deze evenzeer van toepassing op behandelingen in een andere EU-, EER-lidstaat en Zwitserland.
- De vergoeding zal nooit meer bedragen dan deze in Nederland zou zijn geweest.
- Voor de bepaling van de medische noodzaak tot behandeling of ter beoordeling van de indicatie voor een behandeling, baseert verzekeraar zich op hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is.
- De hulpverlener moet voldoen aan kwalificaties die overeenkomen met hetgeen in Nederland gebruikelijk is.

- 1.11 Onder tandarts wordt in deze verzekeringsvoorwaarden verstaan: een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.
- 1.12 Geschillenregeling: In geval van een geschil voortvloeiende uit deze overeenkomst dient de verzekerde zich binnen een maand nadat de beslissing van De Friesland Particulier is meegedeeld zich te wenden tot de directie en is op deze verzekeringsvoorwaarden de geschillenregeling van verzekeraar van toepassing. Deze regeling wordt op aanvraag toegezonden. De overige in deze regeling genoemde termijnen gaan in vijf werkdagen nadat de geschillenregeling aan verzekerde is toegezonden.

Artikel 2 Omvang van de dekking *)

2.1 Anesthesie (A-codes)

Een vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst).

2.2 Chirurgie (H-codes)

Een vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst).

2.3 Consultatie en diagnostiek (C-codes)

Een vergoeding van 80% van maximaal één periodiek preventief onderzoek of consult per verzekerde per kalenderjaar (codes C11; C12; C13; C85; C86; C87 of C80). De kosten van niet nagekomen afspraken, keuringsrapporten en techniekkosten worden niet vergoed.

2.4 Parodontologie (T-codes)

Vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst) tot een maximum van € 230,- per 7 kalenderjaren.

2.5 Preventie (M-codes)

Een vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst) exclusief techniek-, materiaal-, of laboratoriumkosten. De kosten van een mondbeschermer (code M60) worden niet vergoed.

Tevens wordt op verwijzing door de tandarts de behandeling door een vrijgevestigde mondhygiënist vergoed. De vergoeding zal niet meer bedragen dan de voor de tandarts-algemeen practicus geldende goedgekeurde CTG-tarieven.

2.6 Prothetische voorzieningen (P-codes)

a. Vergoeding van de volgende onderdelen:

- partiële plaatprothese 1-4 elementen	€ 61,-	(P10)
- partiële plaatprothese 5-13 elementen	€ 121,-	(P15)
- extra voor gegoten anker	€ 12,-	(P18)
- frame prothese 1-4 elementen	€ 165,-	(P34)
- frameprothese 5-13 elementen	€ 225,-	(P35)

Voor een volledige bovenprothese, c.q. volledige onderprothese, c.q. volledige onder- en bovenprothese geldt de ingevolge de verzekeringsvoorwaarden van de Standaardpakketpolis verschuldigde eigen bijdrage.

Voor de kosten van één der hiervoor onder 2.5 a genoemde prothetische voorzieningen wordt per verzekerde per 7 kalenderjaren ten hoogste éénmaal vergoeding verleend.

b. reparatie en rebasing

- rebasen (per werkstuk) indirect zonder randopbouw	€ 29,-	(P01)
- rebasen (per werkstuk) indirect met randopbouw	€ 61,-	(P02)
- rebasen (per werkstuk) direct zonder randopbouw	€ 41,-	(P03)
- rebasen (per werkstuk) direct met randopbouw	€ 61,-	(P04)
- reparatie van de prothese zonder afdruk	€ 12,-	(P07)
- bijplaatsen van elementen en/of ankers, uitbreiden partiële prothese met afdruk	€ 31,-	(P79)

2.7 Restauraties door middel van plastische materialen (V-codes)

Een vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst). Tot dit onderdeel behoort eveneens de opbouw van plastisch materiaal (R31).

In de gezamenlijke kosten van restauraties van plastisch materiaal wordt, gerekend vanaf de datum van de eerste restauratie per verzekerde per 12 maanden maximaal vergoeding verleend voor 5 restauraties.

2.8 Röntgendiagnostiek (X-codes)

Een vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst).

De vergoeding bedraagt maximaal 2 röntgenfoto's per verzekerde per kalenderjaar.

Een othopantomogram komt slechts eenmaal per 7 kalenderjaren voor vergoeding in aanmerking (codes X21; X23; X24; X25).

6

2.9 Wortelkanaalbehandelingen (pulpabehandeling/endodontie: E-codes)

Een vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst).

Alle tandheelkundige verrichtingen die worden vergoed op basis van de Standaardpakketpolis en/of het Vergoedingsbesluit particulier verzekerden, het Uitvoeringsbesluit vergoedingen particulier verzekerden of andere wet- of regelgeving komen niet op grond van de aanvullende verzekering Tand Standaardpakketpolis voor vergoeding in aanmerking.

* De genoemde coderingen (in deze voorwaarden weergegeven in letters en/of cijfers) komen overeen met hetgeen de tandarts algemeen-practicus op zijn of haar nota of kostenbegroting vermeldt. Vermelding vindt plaats om een vergelijking met hetgeen verzekerd is te vergemakkelijken. Wijziging in de coderingen kan nooit tot meer of minder aanspraken op de verzekering leiden.

