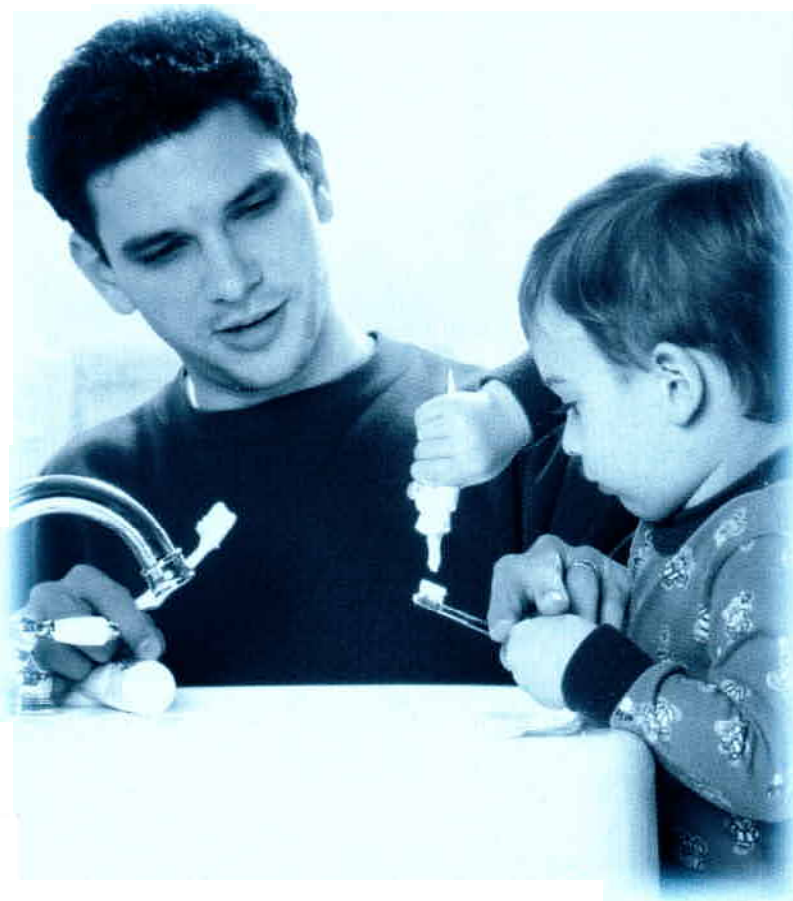


TANDHEELKUNDIGE VERZEKERING TV



Verzekeringsvoorwaarden

ZORGGROEP
Geve RZG

Tandheelkundige Verzekering TV

als aanvulling op de hoofdverzekeringen van RZG

Verzekeringsvoorwaarden, ingaande 1 januari 2000

Inhoudsopgave

Artikel

- 1 **Begripsomschrijvingen**
- 2 **Dekking**
- 3 **Uitsluitingen**
- 4 **Grondslag van de verzekering**
- 5 **Verplichtingen**
- 6 **Schade**
- 7 **Ingang, duur en einde van de verzekering**
- 8 **Premie**
- 9 **Herziening van premie en voorwaarden**
- 10 **Registratie van persoonsgegevens**
- 11 **Geschillen**

1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

1.1 Verzekeraar: Onderlinge Waarborgmaatschappij RZG U.A.

1.2 Adviserend tandarts: de tandarts, die de verzekeraar over de toelating tot de verzekering en over de medische noodzaak van de behandeling adviseert.

1.3 Gezin: tot het gezin behoren:

- twee gehuwden dan wel twee personen die buiten echt duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijke huishouding hebben, waarbij de duurzaamheid van samenwoning ter uitsluitende beoordeling staat van de verzekeraar;
- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 18 jaar, mits voor die kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag of op buitengewone lastenafrek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge artikel 9 Uitvoeringsbeschikking Inkomstenbelasting 1990;
- een alleenstaande met een of meer kinderen zoals hierboven vermeld.

1.4 Hoofdverzekering: de door de verzekeraar gevoerde verzekeringen in het kader van de Ziekenfondswet, de WTZ en de particuliere ziektekostenverzekeringen welke niet zijn gedefinieerd als aanvullende verzekeringen door de verzekeraar.

1.5 Medische noodzaak: de noodzaak van behandeling en onderzoek volgens algemeen erkende, medisch-wetenschappelijke overwegingen.

1.6 Mondhygiënist(e): een in Nederland vrij gevestigde en gediplomeerde mondhygiënist(e), door verzekeraar als zodanig erkend.

1.7 Orthodontist: een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor Dento-Maxillaire Orthopaedie van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

1.8 Tandarts: een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat

conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG) en voldoet aan de door verzekeraar gestelde eisen.

1.9 Tandprotheticus: een in Nederland gevestigd en gediplomeerde tandprotheticus, door verzekeraar als zodanig erkend.

1.10 Verzekerde: eenieder die als zodanig op het Bewijs van Inschrijving is vermeld.

1.11 Verzekeringnemer: degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

1.12 Verzekeringsduur: de termijn waarbinnen een verzekeringsovereenkomst tussen de verzekeraar en de verzekerde ononderbroken van kracht is.

1.13 Ziekenfonds: een rechtspersoon overeenkomstig artikel 34 van de Ziekenfondswet.

2. DEKKING

De tandheelkundige verzekering is aanvullend op de hoofdverzekeringen van de verzekeraar. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding zal uit worden gegaan van het bestaan van een hoofdverzekering bij verzekeraar, ook indien een hoofdverzekering niet bestaat of elders is gesloten.

De verzekerde heeft recht op onderstaande verstrekkingen indien en voor zover hiertoe een medische noodzaak bestaat en de hulp wordt verleend door een tandarts of orthodontist.

De indeling van de rubrieken en omschrijvingen sluit aan bij de Uniforme Particuliere Tarieven (UPT) voor tandartsen. De procentuele vergoeding is gebaseerd op de officieel goedgekeurde CTG-tarieven.

2.1 Behandelingen:

2.1.1 anesthesie

A10 geleidings en of infiltratie anesthesie	100%
A15 oppervlakte anesthesie	100%

2.1.2 wortelkanaalbehandelingen

E10 guttapercha	100%
E15 als E10 voor elk volgend kanaal	100%
E20 pasta	100%
E25 als E20 voor elk volgend kanaal	100%
E30 mortaalamputatie	100%
E60 vitaal amputatie/partiële pulpotomie	100%
E75 initiële wortelkanaal behandeling per element tijdens waarneming	100%
E85 elektronische lengte bepaling	100%

2.1.3 chirurgische ingrepen

H10 extractie	100%
H15 volgende extractie in dezelfde zitting en hetzelfde kwadrant	100%
H20 hechten, per alveole	100%

H25	uitgebreid wondtoilet	100%
H26	hechten weke delen	100%
H30	gecompliceerde extractie zonder mucoperiostale opklap	100%
H40	correctie processus alveolaris per kaak	100%
H41	frenulum extirpatie	100%
H70	lappige fibromen Schlotterkamm, tubercorrecties etc, enkelzijdig per kaak	100%
H75	lappige fibromen Schlotterkamm, tubercorrecties etc, dubbelzijdig per kaak	100%
H80	alveolotomie, enkelzijdig per kaak	100%

2.1.4 vullingen

Het aantal vullingen per kalenderjaar is gemaximeerd op zes. Voor de vergoeding van meer dan zes vullingen is vooraf toestemming van de verzekeraar vereist.

V10	pitvulling (amalgaam/composiet)	100%
V11	eenvlaksrestauratie (amalgaam/composiet)	100%
V12	tweevlaks restauratie (amalgaam/composiet)	100%
V13	drievlaksrestauratie (amalgaam/composiet)	100%
V14	kroon van plastisch materiaal (amalgaam/composiet)	100%
V20	etsen t.b.v. composiet (maximaal 6 per kalenderjaar)	100%

2.1.5 diversen

V50	cofferdam	100%
-----	-----------	------

2.1.6 kronen, bruggen en gegoten vullingen voor verzekerden tot 18 jaar (na machtiging)

R00	techniekkosten	100%
R12	tweevlaksinlay	100%
R13	drievlaksinlay	100%
R14	extra voor aangegoten pin	100%
R20	gegoten metalen kroon	100%
R25	gegoten metalen kroon met opgebakken porselein	100%
R26	jacketkroon met schouderpreparatie	100%
R27	jacketkroon zonder schouderpreparatie	100%
R31	opbouw plastisch materiaal	100%
R32	indirecte methode	100%
R33	directe methode	100%
R40	eerste dummy	100%
R45	tweede en volgende in hetzelfde tussendeel	100%
R46	intra-coronaire brugverankering	100%
R49	toeslag brug op 5 of meer pijlerelementen	100%
R50	metalen fixatiekap met afdruk	100%
R55	gipsslot met extra afdruk	100%
R60	etsbrug zonder preparatie	100%
R61	etsbrug met preparatie	100%
R65	toeslag voor elke volgende dummy	100%
R66	toeslag voor elke volgende bevestiging boven het aantal van twee	100%
R70	kroon onder bestaand frame	100%
R71	vernieuwen porseleinen facet	100%
R72	vernieuwen facet plastisch materiaal	100%
R74	opnieuw vastzetten gegoten restauratie	100%

R75	opnieuw vastzetten etsbrug	100%
R76	extra voor gegoten opbouw onder bestaande kroon	100%

2.1.7 röntgen foto

X10	intra orale foto	100%
X30	intra orale foto status per kaak	100%
X21	OPG (niet t.b.v. implantologie in de edentate kaak of orthodontie)	100%
X23	OPG t.b.v. orthodontie	100%
X25	röntgenschedelprofielfoto t.b.v. orthodontie	100%

2.1.8 prothesen

Verzekerde kan aanspraak maken op maximaal drie prothesen, waarbij tussen het aanmeten van de tweede en derde prothese ten minste acht jaren dienen te zijn verstreken.

P00	techniekkosten betreffende P21, P25 en P30 als aanvulling op de vergoeding vanuit de hoofdverzekering (totaal 100%)	25%
P14	individuele afdruk met randopbouw volledige prothese	25%
P21	bovenprothese	25%
P25	onderprothese	25%
P30	boven- en onderprothese als aanvulling op de vergoeding vanuit de hoofdverzekering (totaal 100%)	25%
P36	individuele afdruk zonder randopbouw	25%
P40	toeslag immediaat prothese per element	25%
P00	techniekkosten partiële prothese	f 35,00
P10	partiële kunstharsprothese 1-4 elementen, exclusief techniekkosten	100%
P15	partiële kunstharsprothese 5-13 elementen, exclusief techniekkosten	100%
P16	individuele afdruk met randopbouw partiële prothese, exclusief techniekkosten	100%
P29	extra te berekenen voor elk overkapt element	100%
P34	frameprothese met 1 tot 4 elementen	f 129,30
P35	frameprothese met 5 tot 13 elementen	f 220,90

De volgende vergoedingen gelden alleen voor partiële prothesen:

P51	rebasen/relinen per werkstuk indirect zonder randopbouw, exclusief techniekkosten	100%
P52	rebasen/relinen per werkstuk indirect met randopbouw, exclusief techniekkosten	100%
P53	rebasen/relinen per werkstuk direct zonder randopbouw, exclusief techniekkosten	100%
P54	rebasen/relinen per werkstuk direct met randopbouw, exclusief techniekkosten	100%
P57	reparatie prothese zonder afdruk, exclusief techniekkosten	100%
P58	reparatie prothese met afdruk, exclusief techniekkosten	100%
P79	uitbreiding prothese met element of anker, exclusief techniekkosten	100%

2.1.9 prothese op implantaten

I85	boven- en onderprothese	f 400,00
I87	onderprothese	f 200,00

2.1.10 parodontologie

Het doorlopen van het "parodontologieprotocol" wordt gedurende de verzekeringsduur en na voorafgaande machtiging eenmalig vergoed, waarbij de vergoeding voor het aantal consulten nazorg (T51-T56) is beperkt tot twee. De machtigingsaanvraag dient te bestaan uit: de DPSI-score en een volledig ingevuld beperkt dan wel uitgebreid parodontaal onderzoek. Vergoedingen voor eerder doorlopen stappen in het protocol zijn niet mogelijk.

Uitgevoerd door tandarts of mondhygiënist(e) in loondienst:

T11	onderzoek met pocketstatus (kan zonder machtiging)	75%
T12	onderzoek met parodontiumstatus (kan zonder machtiging)	75%
T21	scaling en rootplanning door tandarts per element	75%
T22	scaling en rootplanning door mondhygiënist per element	75%
T31	herbeoordeling met pocketstatus	75%
T32	herbeoordeling met parodontiumstatus	75%
T33	uitgebreid bespreken vervolgtraject	75%
T70	flapoperatie in een interdentale ruimte	75%
T71	flapoperatie per sextant	75%
T72	flapoperatie uitgebreid per sextant	75%
T73	directe post-operatieve zorg, kort	75%
T74	directe post-operatieve zorg, uitgebreid	75%
T75	post-operatief evaluatie onderzoek met parodontiumstatus	75%
T76	tuber- of retromolaar plastiek	75%
T51	kort consult parodontale nazorg tandarts	75%
T52	kort consult parodontale nazorg mondhygiënist	75%
T53	consult parodontale nazorg tandarts	75%
T54	consult parodontale nazorg mondhygiënist	75%
T55	uitgebreid consult parodontale nazorg tandarts	75%
T56	uitgebreid consult parodontale nazorg mondhygiënist	75%
T60	evaluatie-onderzoek met pocketstatus	75%
T61	evaluatie-onderzoek met parodontiumstatus	75%

De initiële behandeling, herbeoordeling en nazorg kunnen, onder de bovenomschreven voorwaarden, worden uitgevoerd door een door verzekeraar gecontracteerde mondhygiënist(e), na schriftelijke verwijzing door een tandarts. Hiervoor gelden de volgende vergoedingen:

Initieel onderzoek	f 90,00
Initiële behandeling per gebitselement	f 17,25
Herbeoordeling	f 90,00
Uitgebreid bespreken vervolgtraject	f 30,00
Consult nazorg	f 60,00
Eindevaluatie	f 90,00

De volgende verrichtingen komen na voorafgaande machtiging voor vergoeding in aanmerking:

T81	tuber- of retromolaar plastic	75%
T82	gingivectomie per element	75%
T83	gingivectomie per sextant	75%

2.2 Orthodontie door tandarts

D01	diagnostiek: modelanalyse	100%
D12	cephalometrische analyse excl. foto	100%
D21	behandeling uitneembare apparatuur: aanvangstoelage	100%
D22	behandeling uitneembare apparatuur: overgangstoelage naar partieel vast	100%
D23	behandeling uitneembare apparatuur: overgangstoelage naar vaste apparatuur	100%
D24	uitneembare apparatuur behandelingsmaandtarief t/m 24e maand: 0% voor volwassenen en f 38,00 voor kind per maand	
D25	uitneembare apparatuur behandelingsmaandtarief vanaf de 25e maand: 0% voor volwassenen en f 38,00 voor kind per maand	
D31	behandeling met partieel vaste apparatuur: aanvangstoelage	100%
D32	behandeling met partieel vaste apparatuur: overgangstoelage naar volledig vast	100%
D33	partieel vaste apparatuur behandelingsmaandtarief t/m 24e maand: 0% voor volwassenen en f 37,50 voor kind per maand	
D34	partieel vaste apparatuur behandelingsmaandtarief vanaf de 25e maand: 0% voor volwassenen en f 37,50 voor kind per maand	
D41	behandeling met vaste apparatuur: aanvangstoelage	100%
D42	behandeling vaste apparatuur behandelingsmaandtarief t/m 24e maand: 0% voor volwassenen en f 38,00 voor kind per maand	
D43	behandeling vaste apparatuur behandelingsmaandtarief 25e maand e.v.: 0% voor volwassenen en f 38,00 voor kind per maand	
D53	behandeling m.b.v. eenvoudige orthodontische apparatuur	100%
D54	controle bezoek	100%

2.3 Orthodontie gegeven door orthodontist

21001	eerste consult	100%
21002	vervolgconsult	100%
21005	diagnostiek: modelanalyse	100%
21007	controle bezoek	100%
21010	intra orale foto 3 x 4	100%
21011	occlusale opbeet foto	100%
21012	extraorale foto 13 x 18	100%
21013	orthopantomogram	100%
21014	schedelröntgenonderzoek met cephalometrische analyse	100%
21015	idem 21014 zonder analyse	100%
21016	röntgenonderzoek dmv. hand pols foto's	100%
21017	kosten eigen apparatuur orthopantomogram	100%
21030	behandeling uitneembare apparatuur: aanvangstoelage	100%
21031	behandeling uitneembare apparatuur: overgangstoelage naar partieel vast	100%
21032	behandeling uitneembare apparatuur: overgangstoelage naar vaste apparatuur	100%
21033	behandeling uitneembare apparatuur behandelingsmaandtarief t/m	

	24e maand: voor volwassene 0%, voor kind f 38,00 per maand	
21040	behandeling met partieel vaste apparatuur: aanvangstoelage	100%
21041	behandeling met partieel vaste apparatuur: overgangstoelage naar vast	100%
21043	behandeling partieel vaste apparatuur behandelingsmaandtarief t/m 24e maand: voor volwassene f 9,50, voor kind f 47,50 per maand	
21050	behandeling met vaste apparatuur: aanvangstoelage	100%
21053	behandeling vaste apparatuur behandelingsmaandtarief t/m 24e maand: voor volwassene f 29,00, voor kind f 67,00 per maand	
21063	behandeling behandelingsmaandtarief 25e maand e.v.: voor volwassene 0%, voor kind f 38,00 per maand	
21200	behandeling met behulp van eenvoudige orthodontische apparatuur	100%
21303	extractie per element	100%
21304	fiberotomie per element	100%

3. UITSLUITINGEN

Geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt:

3.1 indien - zo de in deze voorwaarden bedoelde verzekering niet bestond - aanspraak zou kunnen worden gemaakt op vergoeding van schade respectievelijk kosten op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum. Deze verzekering is eerst in de laatste plaats geldig;

3.2 voor techniekkosten terzake verstrekkingen die niet onder de dekking van deze verzekering vallen;

3.3 voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij. Een en ander overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponeerd;

3.4 voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.

3.4.1 de uitsluiting onder 3.4 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225).

3.4.2 voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 3.4.1 geen toepassing;

3.5 voor onderzoek en/of behandeling door een hoogleraar-specialist, tenzij werd verwezen naar een hoogleraar door een specialist;

3.6 voor tandheelkundige implantaten en de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak;

3.7 voor kosten in verband met ziekten of afwijkingen, waarvoor de verzekerde is uitgesloten en waarvan aan deze schriftelijk kennis is gegeven;

3.8 voor verrichtingen (bijv. anesthesie) verband houdende met ingrepen die niet onder de dekking van deze verzekering vallen.

3.9 voor kosten verband houdende met verrichtingen na onzorgvuldig gebruik, dan wel nalatigheid of schuld.

4. GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

4.1 Tot de tandheelkundige verzekering kunnen toetreden degenen die krachtens een hoofdverzekering zijn of worden verzekerd bij de verzekeraar.

4.2 Het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier alsmede schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk verstrekt, vormen met de door de verzekerde verstrekte gegevens de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daar deel van uit. Verzwijging, onvolledige en onjuiste beantwoording van door of namens de verzekeraar gestelde vragen kan voor de verzekeraar aanleiding zijn de vernietiging, geheel of gedeeltelijk, van de verzekeringsovereenkomst in te roepen.

4.3 Alle op het Bewijs van Inschrijving genoemde personen dienen verzekerd te zijn.

4.4 Het gebit van de verzekerde dient bij aanvang van de verzekering regelmatig onderhouden en caviteit-vrij te zijn. Gedurende de verzekering dient de verzekerde regelmatig - tenminste een keer per kalenderjaar - zijn gebit te laten controleren door een tandarts.

Deze verplichting geldt niet voor dragers van een volledige prothese.

4.5 De verzekerde is, terzake deze verzekering, vrij in de keuze van arts en tandarts voor zover deze in Nederland gevestigd zijn.

4.6 Wordt aan het bepaalde in dit artikel niet voldaan, dan heeft de verzekeraar het recht de bestaande verzekering te beëindigen op een door haar te bepalen tijdstip.

5. VERPLICHTINGEN

5.1 Verplichtingen bij wijzigingen: de verzekerde is verplicht binnen twee maanden aan de verzekeraar schriftelijk mededeling te doen van iedere wijziging in de omstandigheden in het gezin die voor de verzekering van belang kan zijn, zoals huwelijk, geboorte, overlijden, adreswijziging en dergelijke; aan de verzekeraar tijdig alle inlichtingen te verschaffen, die in verband met de verzekering door de verzekeraar noodzakelijk worden geacht. De verzekerde moet erop toezien dat op het Bewijs van Inschrijving de noodzakelijke wijzigingen worden aangebracht.

Alle gevolgen voortvloeiende uit het niet of niet tijdig nakomen van deze verplichtingen zijn voor risico van de verzekerde. Mededelingen, door de verzekeraar verzonden aan het laatst bekende adres van de verzekerde, worden geacht de verzekerde te hebben bereikt.

5.2 Verplichtingen bij schade: aan de verzekeraar, zijn tandheelkundig adviseur of hen die

met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie.

5.3. Verplichtingen bij uitkering rechtstreeks aan de zorgaanbieder: indien de verzekeraar rechtstreeks de (volledige) kosten vergoedt aan de zorgaanbieder, zulks met inbegrip van een (deel van) het eigen risico of (een deel van) een eigen bijdrage, is de verzekeringnemer verplicht dit door hem verschuldigde bedrag op eerste verzoek aan de verzekeraar te voldoen, binnen de daarvoor gestelde termijn.

5.4 Gevolgen van niet voldoen aan de verplichtingen: de verzekeringnemer en verzekerde zijn verplicht alles te laten en niets te doen waardoor de belangen van de verzekeraar geschaad kunnen worden. Indien de in deze voorwaarden genoemde verplichtingen niet zijn nagekomen en daardoor de belangen van de verzekeraar zijn geschaad, vervalt elk recht op vergoeding.

6. SCHADE

6.1 De verzekerde is verplicht de originele nota's, die op zodanige wijze gespecificeerd dienen te zijn dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden, binnen 24 maanden na de datum waarop de behandeling heeft plaatsgevonden, bij de verzekeraar in te dienen. De nota dient te bevatten een specificatie volgens het model dat is vastgesteld door de organisaties van tandartsen en particuliere verzekeraars. Computernota's dienen door de zorgaanbieder gewaarmerkt te zijn.

6.2 Rekeningen die niet binnen 24 maanden na de datum waarop de behandeling heeft plaatsgevonden bij de verzekeraar zijn ingediend, komen niet meer voor uitkering in aanmerking.

6.3 Binnen een maand na de vaststelling van de uitkering zal de verzekeraar het verschuldigde bedrag betalen. Als de verzekerde niet binnen een maand na de datum van betaling tegen de uitkering bezwaar maakt, wordt aangenomen, dat deze met de uitkering onvoorwaardelijk akkoord gaat.

6.4 Indien en voor zover de verzekeraar meer vergoedt dan de officieel goedgekeurde tarieven, wordt de verzekerde geacht de verzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de verzekeraar, van het door de verzekerde teveel betaalde.

6.5 Indien betalingen aan anderen dan de verzekerden worden gedaan is de verzekeraar rechtsgeldig gekwet.

6.6 Indien de verzekeraar met inachtneming van het gestelde in dit artikel tot betaling namens de verzekerde overgaat, draagt de verzekeraar geen aansprakelijkheid uit hoofde van de betalingsverplichtingen die de verzekerde heeft ten aanzien van de betrokken zorgverlener.

6.7 Ingeval door de verzekeraar rechtstreeks de (volledige) kosten zijn vergoed aan een zorgaanbieder of hulpverlenende instelling terwijl op dat onderdeel van de risicodekking (nog) een eigen bijdrage of een eigen risico van toepassing is, zal de verzekeraar aan de verzekerde het verschuldigde bedrag in rekening brengen. De verzekerde dient het verschuldigde bedrag op eerste verzoek te voldoen.

6.8 De uitkeringen bedragen nooit meer dan de werkelijk gemaakte kosten.

6.9 Bij wijziging van de verzekeringsvoorwaarden is een daarmee samenhangende wijziging in een recht op uitkering uitsluitend van toepassing op na de datum van ingang van die wijziging verrichte behandeling.

6.10 Er bestaat geen recht op vergoeding van kosten van behandeling waarvan de noodzaak reeds ten tijde van het totstandkomen van deze verzekering aanwezig is.

6.11 Evenmin bestaat er recht op vergoeding van kosten, indien de verzekerde niet meewerkt aan een tandheelkundige controle, die door de verzekeraar noodzakelijk wordt geacht.

6.12 Vergoedingen die worden geclaimd op basis van mondelinge of telefonische toezegging en verder gaan dan de reikwijdte van de verzekeringsvoorwaarden worden alleen dan vergoed indien verzekeraar dit schriftelijk heeft bevestigd aan de verzekerde.

6.13 Aansprakelijkheid van derden:

6.13.1 De verzekerde is verplicht de verzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde. Indien sprake is van ziekte, ongeval of letsel waarbij een mogelijk aansprakelijke derde is betrokken, dient de verzekerde hiervan onmiddellijk aangifte te doen bij de politie, alsmede de verzekeraar onmiddellijk te informeren.

6.13.2 In geen geval mag zonder schriftelijke machtiging van de verzekeraar met die derde of diens gemachtigde, daaronder begrepen diens verzekeringsmaatschappij, enigerlei regeling worden getroffen, waardoor de verzekeraar in haar belangen kan worden geschaad.

7. INGANG, DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

7.1 Ingang en duur van de verzekering:

7.1.1 Bij aanvaarding van de kandidaat-verzekerde en indien de verzekering wordt aangevraagd tezamen met de hoofdverzekering zal de verzekering ingaan op dezelfde dag als de hoofdverzekering.

7.1.2 Bij aanvaarding van de kandidaat-verzekerde en indien de verzekering wordt aangevraagd en de verzekerde heeft zich verplicht per de eerstvolgende datum waarop dat mogelijk is, zulks ter beoordeling van de verzekeraar, verzekerd te zijn krachtens een hoofdverzekering van de verzekeraar, zal de verzekering ingaan op de dag dat de aanmelding binnenkwam bij de verzekeraar.

7.1.3 Bij aanvaarding van de kandidaat-verzekerde en indien de verzekering wordt aangevraagd nadat de hoofdverzekering is ingegaan, zal de verzekering ingaan op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin de aanmelding bij de verzekeraar is binnengekomen.

7.1.4 Met inachtneming van het eerderbepaalde, wordt verzekering van kracht op de datum zoals vermeld op het Bewijs van Inschrijving. Vanaf de ingangsdatum geldt een wachttijd van één jaar voor de vergoedingen terzake prothesen en orthodontie.

7.1.5 De verzekering wordt aangegaan voor onbepaalde tijd, met dien verstande dat zij

tenminste voor de duur van twee kalenderjaren moet worden aangegaan, waarbij behoudens beëindiging, telkens voor eenzelfde periode verlenging plaatsvindt. Verzekeringen aangevangen in de loop van een kalenderjaar worden ten minste voor de duur van dat jaar en van de daarop volgende twee kalenderjaren aangegaan.

7.2. Einde van de verzekering:

7.2.1 De verzekerde kan door opzegging zijn verzekering beëindigen op 1 januari van het jaar volgende op het jaar, waarin de opzegging plaats heeft, mits de verzekering op dat tijdstip tenminste twee kalenderjaren heeft geduurd en de opzegging geschiedt voor 1 oktober, behoudens het bepaalde in artikel 9.5 van deze verzekeringsvoorwaarden. De opzegging dient per aangetekend schrijven te geschieden.

7.2.2 De verzekeraar kan de verzekering niet beëindigen door opzegging, tenzij de beëindiging geschiedt op grond van artikel 4.2 of artikel 8.7 van deze verzekeringsvoorwaarden.

7.2.3 De verzekering eindigt op hetzelfde moment als de hoofdverzekering.

7.2.4 Vanaf de datum van beëindiging der verzekering vervalt elke aanspraak op vergoeding.

7.2.5 Indien de verzekering binnen 12 maanden na beëindiging wordt hervat wordt de verzekering geacht niet te zijn onderbroken.

8. PREMIEBETALING

8.1 De verzekeringnemer is de premie bij vooruitbetaling verschuldigd voor de op het Bewijs van Inschrijving verzekerde gezinsleden.

8.2 Bij het aangaan van de verzekering is voor de lopende kalendermaand geen premie verschuldigd. Bij beëindiging van de verzekering is voor de lopende kalendermaand de volledige premie verschuldigd.

8.3 De premie wordt door de verzekeraar vastgesteld en op een door de verzekeraar te bepalen wijze ter kennis gebracht aan de verzekeringnemer.

8.4 Het niet incasseren van de premie door de verzekeraar ontslaat de verzekeringnemer niet van de verplichting tot tijdige premiebetaling.

8.5 Bij niet-betaling van de premie binnen een maand na de vervalddag, vervalt het recht op uitkering, waarbij de verplichting tot premiebetaling onverminderd blijft bestaan.

8.6 Het verval van recht op uitkering wordt geacht te zijn ingegaan op de eerste dag van het tijdvak, waarover de achterstallige premie verschuldigd was. Als de achterstallige premie nog door de verzekeraar wordt aanvaard, gaat het recht op uitkering weer in op de dag volgende op die, waarop deze premie ten kantore van de verzekeraar is voldaan. De verzekeraar kan aan het bedoelde herstel van het recht op uitkering de voorwaarde verbinden, dat de premie over de periode tot aan de eerstvolgende opzegmogelijkheid, in één keer op voorhand betaald dient te worden.

8.7 Indien het recht op uitkering om bovengenoemde reden is vervallen, is de verzekeraar bevoegd de verzekering op een door hem te bepalen tijdstip te beëindigen, waarbij de verplichting tot premiebetaling echter onverminderd blijft bestaan.

8.8 Als de verzekeraar overgaat tot invordering van de verschuldigde premie, zijn alle daaronder vallende kosten, zowel in als buiten rechte, voor rekening van degene die de premie is verschuldigd.

9. HERZIENING VAN PREMIE EN VOORWAARDEN

9.1 De verzekeraar houdt zich het recht voor om en bloc of groepsgewijs:

- a. de verzekeringsvoorwaarden te allen tijde te wijzigen;
- b. 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.

9.2 De gewijzigde verzekeringsvoorwaarden en de verhoogde premies zijn ook van toepassing op de reeds gesloten verzekeringen.

9.3 De bedoelde wijzigingen laten de rechten en verplichtingen die zijn ontstaan voor de datum van ingang van de wijzigingen onverlet en kunnen noch tot meer noch tot minder rechten en verplichtingen leiden dan die bestonden tot aan het moment van de wijzigingen.

9.4 De verzekeraar zal voor de datum van ingang van de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden of van de premieverhoging de wijzigingen aan de verzekerde mededelen.

9.5 De verzekerde, die zich met de gewijzigde verzekeringsvoorwaarden of de verhoogde premie niet kan verenigen, kan per de ingangsdatum daarvan de verzekering beëindigen. De verzekerde moet hiervan bij aangetekend schrijven mededeling doen aan de verzekeraar. Dit schrijven moet zijn ontvangen:

- a. voor bedoelde ingangsdatum, indien toezending als bedoeld in artikel 9.4 ten minste een maand voor de datum van ingang is geschied;
- b. binnen een maand na bedoelde ingangsdatum, indien toezending als bedoeld in artikel 9.4, minder dan een maand voor de datum van ingang is geschied.

9.6 Indien de wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden en/of premies voortvloeien uit door de Overheid dwingend opgelegde regelgeving is het bepaalde in artikel 9.5 niet van toepassing.

9.7 Het bepaalde in artikel 9.5 is niet van toepassing indien de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden een verruiming dan wel een verbetering van de voorwaarden inhoudt.

9.8 Indien er in de loop van de overeenkomst wijzigingen optreden in UPT-coderingen, dan leiden deze niet tot beperking of uitbreiding van aanspraken op vergoedingen van de verzekerde, zoals die golden voordat de wijzigingen zich hebben voorgedaan.

10. REGISTRATIE VAN PERSOONSgegevens

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door de verzekeraar

gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacy-reglement van toepassing, hetgeen ter inzage ligt bij de verzekeraar. Het reglement van de verzekeraar kan tegen kostprijs worden besteld bij de verzekeraar.

11. GESCHILLEN

11.1 Beslissing directie: Indien de verzekerde zich niet met een beslissing van de verzekeraar kan verenigen, dient hij, alvorens een arbitrale procedure aan te spannen, op straffe van verval van zijn rechten, de volgende regels in acht te nemen.

Binnen een maand nadat die beslissing hem is meegedeeld zal hij de kwestie voorleggen aan de directie van de verzekeraar. De directie dient binnen een maand nadat zij van de kwestie op de hoogte is gesteld, daaromtrent te beslissen; bij gebreke van een beslissing binnen de gestelde termijn wordt de oorspronkelijke beslissing geacht door de directie te zijn bevestigd.

11.2 Geschillen voortkomend uit deze overeenkomst worden met uitsluiting van de gewone rechter beslist door een commissie van 3 arbiters.

Elk van de partijen benoemt een arbiter, beide arbiters tezamen benoemen de derde arbiter die tevens voorzitter zal zijn. Indien de arbiters het niet eens worden over de benoeming van de derde arbiter zal diens benoeming geschieden op verzoek van de meest gereede partij door de Rechtbank te Groningen.

De arbitragecommissie wordt bijgestaan door een secretaris-jurist die geen stemrecht heeft. De kosten van arbitrage zijn voor rekening van de in het ongelijk gestelde partij, tenzij de commissie van arbiters anders beslist. De verzekerde moet bij zijn verzoek om arbitrage een bedrag van f 150,- als waarborgsom storten bij de verzekeraar.

De commissie van arbiters stelt zelf de procesgang vast, en kan, alvorens de zaak ten principale in behandeling te nemen, van partijen de ondertekening van een akte van compromis verlangen. Een geschil wordt geacht te bestaan als tenminste één van de partijen van oordeel is dat er een geschil is.

11.3 Gewone rechter: Niettegenstaande het hierboven in artikel 11.2 bepaalde, is de verzekeraar bevoegd de door de verzekeringnemer verschuldigde premie, met inbegrip van daartoe betrekkelijke rente en kosten, via de gewone burgerlijke rechter in te vorderen.

11.4 Termijn voor arbitrage: Indien de verzekerde inschakeling van de commissie van arbiters wenst, dient hij zulks, op straffe van verval van rechten, binnen een maand na dagtekening van de voor arbitrage vatbare beslissing bij aangetekend schrijven aan de verzekeraar mee te delen; een verzoek als hier bedoeld wordt geacht te zijn gedaan op de dag van verzending van dat aangetekend schrijven.

11.5 Nederlands recht: Behoudens hetgeen bepaald is in de voorgaande leden van dit artikel is op deze verzekeringsvoorwaarden Nederlands recht van toepassing.

11.6 Ombudsman Zorgverzekeringen: Naast de geschillenregeling zoals opgenomen in deze verzekering, kunnen klachten, nadat zij ter kennisneming zijn gebracht van de directie, en deze haar definitieve standpunt kenbaar heeft gemaakt, dan wel binnen een periode van een maand na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, worden voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.

11.7 Slotbepaling: In de gevallen waarin deze voorwaarden niet voorzien, beslist de verzekeraar.