

AnderZorg Tandartskostenverzekering Ziekenfonds en SPP

Inhoudsopgave

Artikelnummer

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

Begripsomschrijvingen.....	1
Grondslag van de verzekering.....	2
Bijzondere aanspraken.....	3
Omvang van de Dekking	4
Risicowijziging	5
Keuzevrijheid	6
Toezeggingen	7
Persoonsgegevens	8
Gevolgen van niet voldoen aan de verplichtingen.....	9
Uitsluitingen	10
Opname ziekenhuis in een hogere of lagere klasse.....	11
Verplichtingen bij opname of behandeling.....	12
Aansprakelijkheid van derden.....	13
Indiening en vergoeding van nota's.....	14
Eigen risico/maxima per kalenderjaar	15
Premiebetaling, opschorting, beëindiging, premierestitutie.....	16
Meldingsplicht met betrekking tot wijzigingen.....	17
Ingang, duur en einde van de verzekering.....	18
Herziening van voorwaarden, premies en/of eigen risico	19
Collectief verzekerden.....	20
Niet voorziene gevallen.....	21
Geschillen, klachten en rechtskeuze.....	22
Slotbepaling.....	23
Clausuleblad Terrorismedekking.....	24

Parodontologieprotocol

Omvang van de Dekking Basispakket A

Vergoedingen	1
Extra dekking ongeval	2
Dekkingsgebied	3
Uitsluitingen	4

Overzicht Dekking Basispakket A

Omvang van de Dekking Uitgebreid Pakket B

Vergoedingen	1
Extra dekking ongeval	2
Dekkingsgebied	3
Uitsluitingen	4

Overzicht Dekking Uitgebreid Pakket B

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

ARTIKEL 1 Begripsomschrijvingen

1.1 Apotheker: Een in Nederland gevestigde apotheker wiens apotheek voor een ieder toegankelijk is en die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

1.2 Arts: Een in Nederland gevestigde arts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

1.3 AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

1.4 Behandelingsjaar: Periode van 365 dagen, ingaande op de datum van de eerste behandeling.

1.5 Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): Een DBC betreft de totale medische behandeling (indien nodig inclusief opname in een ziekenhuis) voor een bepaalde indicatie of aandoening die als DBC als zodanig is vastgesteld. Na afloop van de behandeling - uiterlijk een jaar na aanvang - wordt de DBC in één keer in rekening gebracht.

1.6 Dekking: De in de Omvang van de Dekking genoemde en verzekerde vergoedingen en verstrekkingen.

1.7 Duurzaam samenlevende persoon: Persoon die tenminste gedurende één jaar aantoonbaar samenwoont met verzekerde en daarmee een gezamenlijke huishouding voert of een persoon die een samenlevingscontract met verzekerde heeft afgesloten waarbij de duurzaamheid van samenwoning ter uitsluitende beoordeling staat van de Maatschappij.

1.8 Eigen bijdrage: De bijdrage, die naast de vergoeding krachtens de verzekering, door verzekerde zelf verschuldigd is.

1.9 Familielid in de eerste of tweede graad: Als familieleden in de eerste en tweede graad worden uitsluitend begrepen: echtgenoot, echtgenote, (schoon)ouders, (schoon)zoons, (schoon)dochters, broers, zwagers, (schoon)zusters, grootouders en kleinkinderen.

1.10 Farmaceutische zorg: De volgende geneesmiddelen (farmaceutische zorg) zijn bij ministeriële Regeling aangewezen:

- geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd;
- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, niet zijnde geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1 van het Besluit homeopathische farmaceutische producten;
- bloedproducten als bedoeld in de Wet inzake Bloedtransfusie; polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten;
- verbandmiddelen (niet zijnde zelfzorgmiddelen) in geval van ernstige aandoeningen waarbij een langdurige behandeling met deze middelen is aangewezen.

Het geneesmiddel dient te worden toegepast voor de indicatie waarvoor de registratie is afgegeven. Geneesmiddelen verstrekt meer dan een half jaar na het laatste bezoek aan de huisarts, specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige worden niet meer beschouwd als geneesmiddelen voorgeschreven door een van de hiervoor genoemde zorgaanbieders.

1.11 Geregistreerde partner: Persoon waarmee verzekerde een geregistreerd partnerschap heeft laten registreren, tot stand gekomen via een akte van registratie van partnerschap opgemaakt door de ambtenaar van de burgerlijke stand.

1.12 Gezin: Tot het gezin behoren:

- twee gehuwden;
- geregistreerde partners;
- duurzaam samenlevende personen;
- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 18 jaar;
- een alleenstaande met één of meer kinderen zoals hierboven vermeld.

1.13 GVS: Geneesmiddelenvergoedingssysteem.

1.14 Hoofdverzekering: De door de Maatschappij gevoerde particuliere ziektekostenverzekering, de op basis van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (Wtz) gevoerde verzekering, of de ziekenfondsverzekering afgesloten bij het ziekenfonds van de Maatschappij, niet zijnde de aanvullende verzekering(en) die in combinatie met de hiervoor genoemde hoofdverzekeringen bij de Maatschappij kunnen worden afgesloten.

1.15 Huisarts: Een in Nederland gevestigde arts die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent en is ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Onder het uitoefenen van de algemene praktijk wordt verstaan het verlenen van huisartsenhulp, zowel ten huize van verzekerde als op het spreekuur van de arts.

1.16 Hulp in natura: Aanspraken waarbij door of namens de Maatschappij een dienst wordt verleend of verstrekkingen worden geleverd.

1.17 Hulpmiddelen: De hulpmiddelen die limitatief in de Bepaling hulpmiddelen van de Maatschappij zijn opgenomen, dan wel in de Regeling hulpmiddelen van het ziekenfonds van AnderZorg.

1.08 Kaakchirurg: Een in Nederland gevestigde tandarts-specialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

1.19 Logopedist: Een in Nederland gevestigde logopedist die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

1.20 Maatschappij: Ziektekosten Verzekeringsmaatschappij AnderZorg N.V.

1.21 Machtiging: Schriftelijke toestemming van de Maatschappij op grond waarvan verzekerde recht verkrijgt op verstrekkingen en/of vergoedingen conform het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden. Aan een machtiging kunnen door de Maatschappij nadere voorwaarden worden verbonden.

1.22 Medisch adviseur: De door de Maatschappij aangewezen arts die de Maatschappij in medische aangelegenheden adviseert.

1.23 Medische noodzaak: De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens hetgeen in de Nederlandse kring der beroepsgenoten gebruikelijk is. In het kader van de gebruikelijkheid van de behandeling geldt dat deze door de internationale wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk moet zijn bevonden.

- 1. 24 Mondhygiënist:** Een in Nederland vrijgevestigd en gediplomeerd mondhygiënist(e) die door de Maatschappij is gecontracteerd.
- 1.25 Opname:** Opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een specialist noodzakelijk moet zijn.
- 1.26 Orthodontist:** Een in Nederland gevestigde tandarts-specialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- 1.27 Parodontoloog:** Een in Nederland gevestigde tandarts die als zodanig is ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging van Parodontologie en erkend is door het Consilium Parodontologicum.
- 1.28 Reddingskosten:** De kosten van na ongeval of vermissing door of namens bevoegde overheidsinstanties of particuliere instantie ondernomen activiteiten tot opsporing, redding en/of berging van verzekerde. Hieronder worden ook verstaan de kosten van o.a. helikoptervervoer, de zogenaamde ‘glijbanaan’ en andere bijzondere vervoermiddelen, welke worden ingezet indien vervoer per ambulance niet mogelijk is.
- 1.29 Specialist:** Een in Nederland gevestigde arts die voor het door hem uitgeoefend specialisme staat ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Als specialist dient eveneens te worden aangemerkt een in Nederland gevestigde tandarts die is ingeschreven in het specialistenregister voor Mondziekten en Kaakchirurgie van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.
- 1.30 Specialistische hulp:** Zorg of onderzoek volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven.
- 1.31 Spoedeisende medische hulp in het buitenland:** Situatie waarin de gezondheidstoestand van verzekerde onmiddellijk geneeskundige verzorging noodzakelijk maakt en niet kan worden uitgesteld tot terugkomst in Nederland.
- 1.32 Tandarts:** Een in Nederland gevestigde tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.
- 1.33 Tandprotheticus:** Een in Nederland gevestigde en gediplomeerde tandprotheticus die door de Maatschappij is gecontracteerd.
- 1.34 Verzekerde:** Degene die als zodanig op de polis, op het polisaanhangsel of op het Bewijs van Inschrijving is vermeld. Met de in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen omschrijving ‘per verzekerde per kalenderjaar’ wordt bedoeld per behandelde verzekerde per kalenderjaar.
- 1.35 Verzekering:** De door verzekeringnemer (mede ten behoeve van verzekerde(n)) met de Maatschappij afgesloten overeenkomst van verzekering met als onderwerp een hoofdverzekering en/of een of meerdere aanvullende verzekeringen.
- 1.36 Verzekeringnemer:** Degene die de verzekering met de Maatschappij is aangegaan.
- 1.37 Verzekeringsduur:** De termijn waarbinnen de verzekering tussen de Maatschappij en verzekerde ononderbroken van kracht is.

1.38 Wachtermijn: Een krachtens de verzekeringsvoorwaarden geldende of anderszins overeengekomen termijn, die een aanvang neemt bij het ingaan van de verzekering en binnen welke termijn geen aanspraak op vergoeding kan worden gemaakt.

1.39 Wet BIG: Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

1.40 Ziekenfonds: Een rechtspersoon overeenkomstig artikel 34 van de Ziekenfondswet.

1.41 Ziekenhuis: Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten. Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlands Astma Centrum te Davos.

1.42 Zorgmakelaar: De Zorgmakelaar van de Maatschappij.

1.43 Zorgverzekeraars Nederland (ZN): Overkoepelende vereniging van particuliere ziektekostenverzekeraars en ziekenfondsen in Nederland.

ARTIKEL 2 Grondslag van de verzekering

2.1 Het volledig ingevulde en ondertekende aanvraagformulier met de daarin door verzekeringnemer of verzekerde gedane, al dan niet eigenhandig geschreven mededelingen, alsmede eventuele schriftelijke gegevens, daarbij afzonderlijk door verzekeringnemer of verzekerde verstrekt, met de bij een eventuele keuring door de verzekerde verstrekte gegevens gelden als grondslag van deze verzekering en worden geacht daarmee een geheel te vormen. De Maatschappij is geen vergoeding van kosten verschuldigd en is (conform artikel 251 Wetboek van Koophandel) bevoegd met terugwerkende kracht vanaf de ingangsdatum de gehele of gedeeltelijke vernietiging van de verzekering in te roepen, indien de mededelingen in het aanvraagformulier dan wel in de afzonderlijke gegevens verstrekt, in strijd met de waarheid zijn of omstandigheden verzwegen werden, welke van dien aard waren, dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien de Maatschappij daarvan kennis had gedragen.

2.2 De Maatschappij kan zonder opgaaf van redenen een aanvraag afwijzen of bepaalde kwalen, ziekten of gebreken van uitkering uitsluiten; bij een dergelijke uitsluiting blijven de verschuldigde premies ongewijzigd.

2.3 De door de Maatschappij gevoerde aanvullende verzekeringen kunnen worden afgesloten door degenen die krachtens een hoofdverzekering zijn of worden verzekerd bij de Maatschappij, dit ter beoordeling van de Maatschappij.

2.4 De verzekering wordt onder dezelfde voorwaarden en condities aangegaan en gehandhaafd voor alle op de polis verzekerde personen, tenzij anderszins overeengekomen.

ARTIKEL 3 Bijzondere aanspraken

Pasgeboren kinderen: Voor kinderen van verzekerden, geboren tijdens de duur van de verzekering geldt, mits zij binnen twee maanden na hun geboorte ter verzekering zijn aangemeld en één of beide ouders op dat moment bij de Maatschappij verzekerd zijn, dat zij zonder medische acceptatie op de polis worden bijgeschreven. De verzekering is vanaf de geboorte van kracht ongeacht eventueel aangeboren ziekten, aandoeningen of afwijkingen; het in artikel 10.9 bepaalde is dan niet van toepassing.

Indien slechts één van de ouders bij de Maatschappij is verzekerd kan alleen dan inschrijving en vergoeding van kosten geschieden, indien wordt aangetoond dat de verzekerde ouder is aan te merken als kostwinner van het kind.

ARTIKEL 4 Omvang van de Dekking

Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt de Maatschappij de kosten van de in de Omvang van de Dekking opgenomen en (mee)verzekerde medische behandelingen en versprekkingen, onder aftrek van een eventueel van toepassing zijnde eigen risico, conform de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen op basis van het door of namens de Maatschappij met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. De Maatschappij bepaalt of er sprake is van medische noodzaak. Indien geen tarief is overeengekomen vergoedt de Maatschappij genoemde kosten op basis van maximaal door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) voor de betreffende praktijk of instelling goedgekeurde tarieven, tenzij in de Omvang van de Dekking anders is bepaald. Voor medische behandelingen in door de Maatschappij gecontracteerde instellingen in het buitenland die na bemiddeling van de Zorgmakelaar plaatsvinden gelden de voorwaarden als zou de behandeling in Nederland plaatsvinden.

Indien en voor zover de Maatschappij aan verzekerde meer vergoedt dan waartoe hij krachtens het bovenstaande gehouden is, wordt verzekerde geacht aan de Maatschappij te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de Maatschappij van het door verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

ARTIKEL 5 Risicowijziging

Een verzoek tot een wijziging van de dekking dient schriftelijk te geschieden. Indien een verzekerde het risico waarvoor hij verzekerd is wenst te wijzigen, dan wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken. Het bepaalde in artikel 2 is en blijft onverminderd van toepassing op de wijziging van de dekking als ook op de gegevens en mededelingen zoals door verzekerde in het verleden in eerste instantie op en bij het aanvraagformulier zijn overgelegd. Het wijzigen van het verzekerde risico kan uitsluitend per 1 januari van elk kalenderjaar, met uitzondering van de aanvullende (tandarts)verzekeringen en de klasseverzekeringen waarvoor tussentijdse uitbreiding kan plaatsvinden per de eerste van de maand volgend op de maand waarin acceptatie heeft plaatsgevonden. Voor de aanvullende verzekering geldt een wachttijd van 4 maanden alvorens het recht op vergoeding aanvangt, tenzij in de Omvang van de Dekking afwijkend is bepaald.

Indien een verzekering wordt aangegaan aansluitend op een vergelijkbare (collectieve) hoofdverzekering of een aanvullende verzekering van de Maatschappij, blijven de bestaande rechten en plichten uit deze verzekering onverkort van kracht. De verzekeringsduur wordt geacht niet te zijn onderbroken door de overgang van een ziekenfondsverzekering naar een particuliere ziektekostenverzekering of omgekeerd.

ARTIKEL 6 Keuzevrijheid

Verzekerde is vrij in de keuze van ziekenhuis, specialist, huisarts, tandarts, verloskundige, kraamverzorgster, fysiotherapeut, oefentherapeut, logopedist, apotheker etc..

ARTIKEL 7 Toezeggingen

Er kan slechts een beroep worden gedaan op telefonische en mondelinge toezeggingen indien de Maatschappij deze schriftelijk heeft bevestigd.

ARTIKEL 8 Persoonsgegevens

8.1 De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden door de Maatschappij verwerkt voor het accepteren van een aanvraag, het uitvoeren van de verzekering en de wettelijke regelingen. Tevens worden persoonsgegevens verwerkt voor overige activiteiten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering, zoals ten behoeve van fraudepreventie, statistische analyses of om te informeren over relevante producten en diensten.

8.2 Frauderegistratie: Indien er sprake is van fraude, misbruik en/of oneigenlijk gebruik van uit de verzekering voortvloeiende rechten, zullen de gegevens van verzekerde of derden worden opgenomen in daartoe bestemde registers conform het Protocol Fraudebestrijding van het Verbond van Verzekeraars. Deze registers hebben tot doel het bevorderen van de integriteit en de veiligheid van de verzekeringsbranche en het voorkomen van fraude, misbruik en/of oneigenlijk gebruik. Daarnaast gaat de Maatschappij in geval van bewezen fraude over tot het doen van aangifte.

ARTIKEL 9 Gevolgen van niet voldoen aan de verplichtingen

Verzekeringnemer en verzekerde zijn verplicht alles te laten en niets te doen waardoor de belangen van de Maatschappij geschaad kunnen worden. Indien de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde verplichtingen niet zijn nagekomen en daardoor de belangen van de Maatschappij zijn geschaad, vervalt elk recht op vergoeding.

ARTIKEL 10 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt:

10.1 Voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit, hetzij direct, hetzij indirect:

- a. een gewapend conflict, hier wordt onder verstaan elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de een de ander, gebruik makend van militaire machtsmiddelen bestrijden. Onder gewapend conflict wordt mede verstaan het gewapende optreden van een Vredesmacht der Verenigde Naties;
- b. burgeroorlog, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van eenzelfde staat waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat betrokken is;
- c. opstand, hier wordt onder verstaan georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag;
- d. binnenlandse onlusten, hier wordt onder verstaan min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat;
- e. oproer, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging, gericht tegen het openbaar gezag;
- f. munitierij, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige gewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.

De 6 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 onder nummer 136/1981;

10.2 Indien, zo deze verzekering niet bestond, door verzekeringnemer of verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, enigerlei subsidieregeling dan wel een andere (verzekerings)overeenkomst, ongeacht het tijdstip waarop deze van kracht is geworden c.q. is aangegaan, aanspraak op vergoeding van verzekerde kosten of op versterkingen kan worden gemaakt, dan is onderhavige overeenkomst eerst in de laatste plaats geldig;

10.3 Voor de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de eigen bijdrage voor bevolkingsonderzoek;

10.4 Voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, onverschillig hoe deze is ontstaan;

10.4.1 De uitsluiting onder 10.4 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) alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip;

10.4.2 Voor zover krachtens Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 10.4.1. geen toepassing;

10.5 Voor onderzoek, behandeling, verpleging, geneesmiddelen of hulpmiddelen waarvoor geen medische noodzaak bestaat, alsmede de hieruit voortvloeiende kosten van vervolg- of herstelbehandelingen/ operaties, al dan niet medisch noodzakelijk;

10.6 Voor vormverbeterende behandelingen/operaties van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte, dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking;

10.7 Voor onderzoek en/of behandeling door een hooglerspecialist, tenzij door de specialist wordt doorverwezen naar een hooglerspecialist;

10.8 Voor keuringen, attesten en vaccinaties, tenzij in de regeling Farmaceutische Zorg anders is bepaald;

10.9 Voor een behandeling die verband houdt met ziekten, aandoeningen, afwijkingen of klachten die reeds bestonden vóór of bij het totstandkomen van de verzekering terwijl verzekeringnemer of verzekerde op dat tijdstip hiervan kennis droeg, redelijkerwijs kennis had kunnen dragen of klachten ondervond. Het bovenstaande is niet van toepassing indien verzekeringnemer de Maatschappij vóór de totstandkoming van de verzekering van de bewuste ziekten, aandoeningen, afwijkingen of klachten schriftelijk op de hoogte heeft gebracht en de Maatschappij bij het aanvaarden van de verzekering geen bijzondere voorwaarden heeft gesteld. Bij het op verzoek van verzekeringnemer of verzekerde uitbreiden van de dekking respectievelijk verhogen van de verzekerde verpleegklasse, is het vorenstaande eveneens van toepassing op deze uitbreiding respectievelijk verhoging;

10.10 Voor het ongedaan maken van de gevolgen van een kunstmatig verkregen steriliteit;

10.11 Voor verrichtingen (bijvoorbeeld anesthesie) en verstrekkingen (bijvoorbeeld geneesmiddelen) verband houdende met ingrepen die niet onder de dekking van de verzekering vallen;

10.12 Voor onderzoek en/of behandeling, die naar algemeen medische opvatting niet behoren tot de praktijkuitoefening van de betrokken huisarts of specialist;

10.13 De kosten van consulten, behandelingen en/of voorgeschreven genees- en hulpmiddelen door een zorgaanbieder bij of aan zichzelf of één van de bij de Maatschappij verzekerde leden van het gezin, tenzij uitdrukkelijk vooraf toestemming verleend door de Maatschappij;

10.14 Voor schade welke het gevolg is van opzet of (on)bewuste roekeloosheid van verzekerde of het gevolg is van een misdrijf waaraan verzekerde heeft deelgenomen;

10.15 Indien de Maatschappij door verzekeringnemer, verzekerde en/of belanghebbende(n) bij het aanspraak maken op vergoedingen en/of verstrekkingen opzettelijk wordt misleid door voor de beoordeling van de aanspraak voor de Maatschappij van belang zijnde feiten en omstandigheden te verzwijgen en/of valse opgaven te verstrekken. Het verval van recht op uitkering heeft betrekking op de volledig ingediende aanspraak op vergoedingen en/of verstrekkingen, ook voor die onderdelen van de ingediende aanspraak waarbij geen feiten en omstandigheden zijn verzwegen of geen onware opgaven zijn gedaan;

10.16 Voor schade en/of kosten die het gevolg zijn van het niet nakomen van een gemaakte afspraak in het ziekenhuis of bij een zorgaanbieder.

ARTIKEL 11 Opname ziekenhuis in een hogere of lagere klasse

Indien verzekerde in een ziekenhuis wordt opgenomen in een hogere dan de verzekerde klasse, worden de kosten van verpleging en bijkomende kosten vergoed op basis van de tarieven die de Maatschappij voor de verzekerde klasse verschuldigd zou zijn. Indien een verzekerde in een ziekenhuis wordt opgenomen in een lagere dan de verzekerde klasse, worden de kosten van verpleging en bijkomende kosten vergoed op basis van de voor deze lagere klasse geldende tarieven.

ARTIKEL 12 Verplichtingen bij opname of behandeling

Verzekeringnemer is verplicht ervoor te zorgen:

- a. dat van een opname in een ziekenhuis zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen drie dagen na opname, schriftelijk kennis wordt gegeven aan de Maatschappij. Deze kennisgeving dient te geschieden zodra bekend is dat opname zal moeten plaatsvinden;
- b. dat de behandelend huisarts of specialist de reden van opname bekend maakt aan de medisch adviseur;
- c. dat in geval van niet-klinische (poliklinische) specialistische hulp een verwijzing van de huisarts of tandarts wordt overgelegd indien de Maatschappij hierom vraagt;
- d. dat bij fysiotherapie, oefen therapie en logopedie een verwijzing van de specialist of huisarts wordt overlegd, indien de Maatschappij hierom vraagt;
- e. dat desgevraagd aan de Maatschappij, haar medisch adviseur, of hen, die met de control zijn belast, medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
- f. dat zijn gebit en het gebit van de overige verzekerden bij de aanvang van de tandheelkundige verzekering regelmatig onderhouden en caviteit-vrij is. Gedurende de verzekering dient regelmatig - tenminste een keer per kalenderjaar - het gebit te worden gecontroleerd door een tandarts. Deze verplichting geldt niet voor dragers van een volledige prothese.

ARTIKEL 13 Aansprakelijkheid van derden

Verzekerde is verplicht de Maatschappij behulpzaam te zijn bij een mogelijke verhaalszaak waarbij een derde aansprakelijk kan worden gesteld voor de door de Maatschappij geleden schade. Indien sprake is van ziekte of letsel door een ongeval waarvoor een derde mogelijk aansprakelijk kan worden gesteld, dient verzekerde de Maatschappij direct te informeren. Verzekerde verschafft de Maatschappij desgevraagd de inlichtingen die de Maatschappij redelijkerwijs behoeft voor de beoorde-

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

ARTIKEL 14 Indiening en vergoeding van nota's

14.1 Verzekeringnemer is verplicht ervoor te zorgen:

- a. dat de indiening van nota's zo spoedig mogelijk dient te geschieden; de Maatschappij dient de nota's uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarin de medische behandeling, de verpleging, het onderzoek, de verstrekking e.d. heeft plaatsgevonden, te hebben ontvangen.
N.B. De nota's worden op volgorde van binnenkomst in behandeling genomen. Bepalend voor het recht op uitkering is de datum van behandeling, verpleging, onderzoek, verstrekking e.d. De dagtekening, de datum waarop de nota is ontvangen of de datum van betaling van de nota is hierbij niet van belang;
- b. dat alle nota's op zodanige wijze gespecificeerd zijn, dat de Maatschappij er zonder navraag uit kan opmaken tot welke vergoeding zij gehouden is. Computernota's dienen door de zorgaanbieder gewaarmerkt te zijn. Originele anderstalige nota's dienen op een zodanige wijze te zijn opgemaakt en/of vertaald te zijn dat zonder verdere navraag kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de Maatschappij gehouden is. Indien de Maatschappij van oordeel is dat de nota vertaling behoeft dan kan de Maatschappij verzekerde verzoeken om de nota('s) te laten vertalen door een beëdigd vertaler. Vertaalkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- c. dat de niet gespecificeerde nota's voor tandheelkundige hulp vergezeld zijn van een specificatieformulier volgens het model dat hiervoor is vastgesteld door de organisatie van tandartsen en van verzekeraars;
- d. dat de originele nota's worden ingezonden;
- e. dat de openstaande bedragen van ingediende nota's die geheel dan wel gedeeltelijk onder het eigen risico vallen of niet voor vergoeding in aanmerking komen door verzekerde aan de zorgverlener worden betaald. Eventuele kosten, zoals incassokosten en/of rentekosten, die voortvloeien uit het niet of niet tijdig betalen van het openstaande bedrag van deze nota's komen voor rekening van verzekerde.

14.2 Als verzekerde niet binnen zes weken na de datum van betaling tegen de uitkering bezwaar maakt, wordt aangenomen dat deze met de uitkering onvoorwaardelijk akkoord gaat.

14.3 Indien het bedrag van het eigen risico nog niet is bereikt zal de vergoeding geschieden onder aftrek van het eigen risico.

14.4 Bij het indienen van de nota's is de datum van behandeling of verstrekking bepalend voor het jaar waarop het eigen risico betrekking heeft.

14.5 Indien betalingen aan anderen dan verzekerden worden gedaan is de Maatschappij rechtsgeldig gekweten.

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

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

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

14.9 Aan verzekerde, die zich onttrekt aan geneeskundige behandeling, als gevolg waarvan de opname wordt verlengd of een hernieuwde opname noodzakelijk wordt, dan wel wegens wangedrag uit het ziekenhuis of sanatorium wordt verwijderd, kan uitkering worden geweigerd voor deze opname en voor de daarmee verband houdende klinische specialistenhulp, bijkomende kosten en ziekenvervoer, een en ander ter beoordeling van de Maatschappij.

14.10 Het indienen van de nota('s) dient vergezeld te gaan van het polisnummer en de aantekening of de nota wel of niet is betaald en deze te zenden naar het centrale correspondentieadres van de Maatschappij:

Ziektekosten Verzekeringsmaatschappij AnderZorg N.V.
Postbus 11072
9700 CB GRONINGEN

14.11 In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de verzekering, worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing is.

Bij het niet nakomen van de hiervoor in de artikelen 12, 13 en 14 vermelde verplichtingen kan geen aanspraak op vergoeding worden gemaakt.

ARTIKEL 15 Eigen risico/maxima per kalenderjaar

15.1 Voor het bereiken van het bedrag van het eigen risico aan de voet tellen uitsluitend de kosten mee, die op grond van de verzekeringsvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen. Die kosten tellen eveneens mee voor het bereiken van een, eventueel voor een onderdeel van de dekking geldende, maximum vergoeding.

15.2 Het eigen risico wordt voor het eerst vastgesteld op de ingangsdatum van de verzekering. Het wijzigen van het eigen risico door verzekerde is alleen mogelijk vanaf 1 januari volgend op het kalenderjaar waarin het verzoek om wijziging bij de Maatschappij is ingediend. Het wijzigingsverzoek kan vanaf 1 juli worden ingediend en dient uiterlijk 31 december door de Maatschappij te zijn ontvangen. Op basis van medische selectie wordt door de Maatschappij beoordeeld of verlaging van het eigen risico mogelijk is.

Het eigen risico wordt per kalenderjaar vastgesteld overeenkomstig de op de polis verzekerde personen per 1 januari van dat kalenderjaar. Tussentijdse bij- of uitschrijvingen van één of meer personen en tussentijdse beëindiging van de verzekering zijn voor wat betreft het lopende verzekeringsjaar noch van invloed op de hoogte van het eigen risico, noch van invloed op het totaal ingehouden eigen risicobedrag terzake reeds gedane uitkeringen.

15.3 Bij opname in een ziekenhuis na 30 november van enig jaar en eindigende voor 1 februari van het daaropvolgende jaar, zullen de kosten voor berekening van het te dragen eigen risico worden geacht te behoren tot het kalenderjaar waarin de verpleging is begonnen. Indien een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling is aangevangen, geldt voor de vaststelling van het eigen risico dat deze behandeling wordt toegerekend aan het voorgaande kalenderjaar.

15.4 Bij aanvang van de verzekering in de loop van een kalenderjaar wordt een gekozen eigen risico aan de voet pro rata vastgesteld met dien verstande, dat het bedrag van het eigen risico niet lager wordt dan 40% van het voor deze verzekering geldende eigen risico.

15.5 Van de verzekerde kosten is het bedrag van het eigen risico als op het polisblad vermeld per gezin per kalenderjaar voor rekening van verzekeringnemer. Indien op enig moment het eigen risico niet c.q. niet volledig door de Maatschappij is verrekend en/of verrekening heeft kunnen plaatsvinden met vergoedingen en verstrekkingen die hebben plaatsgevonden, dan is de Maatschappij te allen tijde bevoegd het nog niet verrekende eigen risico te verrekenen met toekomstige vergoedingen en verstrekkingen die op enig moment plaatsvinden en/of aan verzekeringnemer in rekening te brengen.

ARTIKEL 16 Premiebetaling, opschorting, beëindiging, premierestitutie

16.1 Verzekeringnemer is verplicht de premie en de kosten alsmede bijdragen die voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen bij vooruitbetaling te voldoen, voor alle op de polis genoemde personen. Voor ziekenfondsverzekerden zal voor de aanvullende verzekeringen de betaalwijze van de nominale premie voor de ziekenfondsverzekering gevolgd worden. Dit houdt in dat wanneer de aanvullende verzekeringen tijdens een lopende kalendermaand ingaan geen premie voor deze kalendermaand verschuldigd is en wanneer de aanvullende verzekeringen tijdens een lopende kalendermaand worden beëindigd de volledige premie over deze kalendermaand verschuldigd is.

16.2 Is de premie en/of de som van het in rekening gebrachte eigen risico niet binnen 30 dagen na de premievervaldag volledig voldaan dan is er sprake van verzuim en wordt de dekking opgeschort vanaf de premievervaldag. Er bestaat geen recht op uitkering meer. Verzekeringnemer blijft verplicht de verschuldigde premie en/of de som van het in rekening gebrachte eigen risico te voldoen.

16.3 Indien de Maatschappij maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen alle kosten van inning, zoals incassokosten en/of rentekosten, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, voor rekening van verzekeringnemer.

16.4 Indien het recht op uitkering wegens wanbetaling is vervallen is de Maatschappij bevoegd de verzekering op een door hem te bepalen tijdstip te beëindigen, waarbij de verplichting tot premiebetaling echter onverminderd blijft bestaan.

16.5 De dag nadat het volledig verschuldigde bedrag en de kosten genoemd in artikel 16.3 door de Maatschappij zijn ontvangen, zal de dekking onder eventueel nader te stellen voorwaarden weer van kracht worden, tenzij de verzekering door de Maatschappij is c.q. wordt beëindigd wegens wanbetaling. Na het opnieuw van kracht worden van de dekking heeft verzekeringnemer en/of verzekerde geen recht op vergoeding van kosten gemaakt of waartoe de noodzaak of de verwachting om die te maken zich geopenbaard heeft in de periode van opschorting van de dekking. Dit is ook niet het geval in de situatie dat er sprake is van reeds door de Maatschappij afgegeven garantieverklaringen en/of schriftelijke toezeggingen.

16.6 De verzekering geschiedt, behoudens in bijzondere door de Maatschappij te bepalen gevallen, zonder restitutie van de premie. De verschuldigde premie en/of de som van het in rekening gebrachte eigen risico kan verzekerde niet verrekenen met de van de Maatschappij te vorderen vergoeding. Indien bij de beëindiging van de verzekering verzekerde nog premie en/of een som aan eigen risico aan de Maatschappij verschuldigd is, dan is de Maatschappij gerechtigd eventueel nog verschuldigde vergoedingen te verrekenen met het nog totaal openstaande premiebedrag en/of de som aan eigen risico. Indien de Maatschappij gehouden is premie te restitueren aan verzekeringnemer, kan de Maatschappij dit verrekenen met de door verzekeringnemer verschuldigde som aan eigen risico.

16.7 Premieverhoging of -verlaging als gevolg van wijzigingen in de gezinssamenstelling of leeftijd gaat als regel in op de dag waarop de gewijzigde omstandigheden zich voor de eerste maal hebben voorgedaan. Verzekeringnemer en verzekerden worden geacht bekend te zijn met van toepassing zijnde leeftijdstoelagen.

ARTIKEL 17 Meldingsplicht met betrekking tot wijzigingen

17.1 Verzekeringnemer is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het gezin en iedere verandering die van invloed is op de rechten en plichten uit hoofde van de verzekering zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de Maatschappij mede te delen.

Zodanige wijzigingen zijn ondermeer:

- a. het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enig andere publiekrechtelijke regeling;
- b. verhuizing;
- c. huwelijk, samenwoning en geregistreerd partnerschap;
- d. geboorte (zie artikel 3);
- e. overlijden;
- f. wijziging van (post)banknummer;
- g. het zich metterwoon buiten Nederland vestigen;
- h. verblijf van langer dan twee maanden aaneengesloten in het buitenland;
- i. aanvang of beëindiging van een studie van een op de verzekering van de ouder(s) meeverzekerde studerend ongehuwd kind van 18 jaar of ouder;
- j. het niet langer meer voldoen aan de voorwaarden om collectief verzekerd te zijn (bijvoorbeeld door beëindiging van het dienstverband).

17.2 Verzekeringnemer moet erop toezien dat op de polis de noodzakelijke wijzigingen worden aangebracht.

17.3 Mededelingen, door de Maatschappij verzonden aan het laatst bekende adres van verzekeringnemer, worden geacht verzekeringnemer en verzekerde te hebben bereikt.

ARTIKEL 18 Ingang, duur en einde van de verzekering

18.1 Bij aanvaarding van de kandidaat-verzekerde vangt de verzekering aan op de eerste dag van de maand, waarin de datum is gelegen waarop de kandidaat-verzekerde, blijkens het door hem ondertekende aanmeldingsformulier, de verzekering wil doen aanvangen. De verzekering vangt echter nooit eerder aan dan op de eerste van de maand, waarin het aanmeldingsformulier bij de Maatschappij is binnengekomen, behoudens hetgeen is bepaald in artikel 18.2 en artikel 3, en nooit later dan op de eerste van de vijfde maand volgend op die, waarin het aanmeldingsformulier bij de Maatschappij is binnengekomen.

18.2 Bij aanvaarding van de kandidaat-verzekerde, die zijn of haar verzekering bij een ziekenfonds of publiekrechtelijke ziektekostenverzekering heeft moeten beëindigen, vangt de verzekering aan op de dag volgende op de dag van beëindiging van de ziekenfondsverzekering of publiekrechtelijke ziektekostenverzekering.

18.3 De verzekering wordt aangegaan voor tenminste de duur van een kalenderjaar, met stilzwijgende verlenging voor gelijke termijnen, tenzij nadrukkelijk anders overeengekomen. Verzekeringen aangevangen in de loop van een kalenderjaar worden ten minste voor de duur van dat en van het daarop volgende kalenderjaar aangegaan. Met inachtneming van het vorenstaande wordt steeds 1 januari van enig kalenderjaar als contractsvervaldatum aangehouden.

18.4 Met inachtneming van het bepaalde in artikel 18.3 kan verzekeringnemer door opzegging zijn verzekering beëindigen met ingang van 1 januari van het kalenderjaar volgende op het kalenderjaar, waarin de opzegging heeft plaatsgevonden. In dat geval dient de Maatschappij de opzegging vóór 1 oktober te hebben ontvangen, tenzij het bepaalde in artikel 18.5 of 19.2 van toepassing is. De opzegging dient schriftelijk, bij voorkeur aangetekend, te geschieden. Op verzekeringnemer rust het bewijs om aan te tonen dat de schriftelijke opzegging de Maatschappij tijdig heeft bereikt. De Maatschappij kan bepalen dat de aanvullende verzekering(en) wordt(en) voortgezet indien de hoofdverzekering wordt beëindigd op grond van het bepaalde in artikel 18.5 sub a of sub b.

18.5 Behalve door opzegging eindigt de verzekering:

- a. met ingang van de datum van afgifte van het bewijs van inschrijving door een ziekenfonds, mits de Maatschappij binnen 30 dagen na de datum van afgifte van het bewijs van inschrijving een afschrift hiervan heeft ontvangen. Indien de Maatschappij niet binnen deze termijn van 30 dagen een afschrift van het bewijs van inschrijving heeft ontvangen, dan eindigt de verzekering met ingang van de datum waarop de Maatschappij het afschrift heeft ontvangen. In dat geval is verzekeringnemer de premie verschuldigd tot de datum waarop de Maatschappij het afschrift heeft ontvangen;
- b. met ingang van de datum waarop verzekerde verplicht publiekrechtelijk is verzekerd bij een publiekrechtelijke de Maatschappij, mits de Maatschappij binnen 30 dagen na afgifte van het polisblad door de publiekrechtelijke verzekeraar een afschrift hiervan heeft ontvangen. Indien de Maatschappij niet binnen deze termijn van 30 dagen een afschrift van het polisblad heeft ontvangen, dan eindigt de verzekering met ingang van de datum waarop de Maatschappij het afschrift heeft ontvangen. In dat geval is verzekeringnemer de premie verschuldigd tot de datum waarop de Maatschappij het afschrift heeft ontvangen;
- c. met ingang van de eerste dag van de maand waarin verzekerde de leeftijd van 65 jaar bereikt. Vervolgens zal verzekerde direct aansluitend de Standaardpakketpolis worden aangeboden tegen de op dat moment geldende voorwaarden en premies. Ingeval verzekerde na beëindiging van de verzekering direct aansluitend de Standaardpakketpolis via de Maatschappij afsluit, kunnen de laatst geldende aanvullende (klasse) verzekeringen worden voortgezet tegen de op dat moment geldende voorwaarden en premies;
- d. als de verzekerde overlijdt;
- e. met ingang van de eerste dag dat verzekeringnemer en/of verzekerde(n) zich metterwoon buiten Nederland vestig(t)(en) of met ingang van de eerste dag van het tijdvak dat verzekeringnemer en/of verzekerde(n) langer dan zes maanden aaneengesloten buiten Nederland verblij(ft)(ven). Een nieuwe periode van zes maanden ontstaat wanneer verzekeringnemer en/of verzekerde aantoonbaar meer dan twee maanden aaneengesloten in Nederland verblij(ft)(ven). Zolang verzekeringnemer niet aan de verplichting van artikel 17.1 sub g heeft voldaan, blijft verzekeringnemer verplicht tot premiebetaling, zonder evenwel enige aanspraak op vergoeding te kunnen maken. Op verzoek van de Maatschappij dient verzekerde bewijs te overleggen waaruit het tijdstip van vertrek naar het buitenland en/of de duur van het verblijf in het buitenland blijkt. Indien hier niet aan wordt voldaan dan kan de verzekering op een door de Maatschappij te bepalen tijdstip worden beëindigd of kan een verzoek om beëindiging door de Maatschappij worden geweigerd.

18.6 Voor op de verzekering van de ouder(s) meeverzekerde kinderen vanaf 18 jaar gelden de volgende regels:

- studerende, ongehuwde kinderen kunnen tot 27 jaar meeverzekerd blijven tegen het daarvoor geldende premietarief, indien (jaarlijks) een school- c.q. studieverklaring (niet zijnde (een verklaring van) een cursus) wordt overgelegd;
- niet studerende kinderen kunnen tot 21 jaar meeverzekerd blijven tegen het daarvoor geldende premietarief. Indien een meeverzekerd kind van jonger dan 21 jaar in het huwelijk treedt, een geregistreerd partnerschap aangaat of met een partner duurzaam gaat samenwonen, kan het

kind vanaf dat moment niet langer meeverzekerd blijven. Indien een kind niet langer kan worden meeverzekerd, kan deze zich direct aansluitend, zonder selectie, zelfstandig verzekeren op een afzonderlijke gelijksoortige polis (ter beoordeling van de Maatschappij), tegen de premie behorende bij de leeftijd van het kind.

18.7 De Maatschappij heeft het recht de verzekering onmiddellijk eenzijdig te beëindigen ingeval:

- a. van onjuiste opgave of verzwijging, als bedoeld in artikel 2;
- b. van opschorting van de dekking, als bedoeld in de artikelen 16.2 en 16.5;
- c. verzekeringnemer en/of verzekerde zich jegens de Maatschappij schuldig maakt/maken aan (een poging tot) oplichting, bedrog, het opzettelijk doen van onjuiste mededeling(en) en/of andere ernstige misdrijvingen (zoals dwang en bedreiging). In die gevallen zullen zowel de hoofdverzekering alsook de aanvullende verzekeringen worden beëindigd met ingang van de dag waarop het bedoelde feit heeft plaatsgevonden of op een andere door de Maatschappij te bepalen datum. Ook ingeval het vorenstaande betrekking heeft op een ziekenfondsverzekering, beëindigt de Maatschappij de aanvullende verzekeringen van alle verzekerden.

18.8 Verzekeringnemer heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voorzover gemaakt tijdens de periode gedurende welke de verzekering van kracht is.

18.9 Indien de verzekering, na acceptatie door de Maatschappij, binnen 12 maanden na beëindiging van een verzekering van de Maatschappij wordt hervat, wordt de verzekering geacht niet te zijn onderbroken.

18.10 Zij die hun verzekering tijdelijk (maximaal 12 maanden) hebben moeten onderbreken wegens toetreding tot de verplichte ziekenfondsverzekering van AnderZorg en die na beëindiging daarvan aansluitend weer in dezelfde premietariefgroep bij de Maatschappij willen toetreden, kunnen zonder medische selectie terugkeren. De verzekering gaat in op de dag, volgende op die van de beëindiging van de voorgaande ziekenfondsverzekering.

ARTIKEL 19 Herziening van voorwaarden, premies en/of eigen risico

19.1 De Maatschappij heeft het recht de Algemene Verzekeringsvoorwaarden, de Omvang van de Dekking (hierna tezamen verzekeringsvoorwaarden te noemen) de premies en/of de eigen risico's en bloc danwel regionaal en bloc of groepsgewijs - op een door de Maatschappij vast te stellen datum - te herzien. Bij een (procentuele) premieverhoging zal de verhoging worden berekend over de op dat moment van toepassing zijnde premie. Bij een (procentuele) verhoging van het eigen risico zal de verhoging worden berekend over het op dat moment van toepassing zijnde eigen risico.

19.2 Ingeval de herziening de aanspraken voortvloeiend uit de verzekering beperkt en/of de premie en/of het eigen risico wordt verhoogd, dan heeft verzekeringnemer - met inachtneming van het gestelde in lid 19.3 en 19.4 - het recht de verzekering schriftelijk te beëindigen. Indien voornoemde beperking van de aanspraken en/of premieverhoging en/of eigen risicoverhoging alleen betrekking heeft op een of meer aanvullende verzekeringen, dan kunnen alleen deze aanvullende verzekeringen - met inachtneming van het gestelde in lid 19.3 en 19.4 - schriftelijk worden beëindigd en niet de hoofdverzekering.

19.3 Indien de Maatschappij vóór de 31ste dag na de datum van de mededeling over de voorgenomen beperking van de aanspraken, premieverhoging en/of eigen risicoverhoging geen schriftelijk bericht van verzekeringnemer heeft ontvangen dat deze niet akkoord is met de herziening, wordt de verzekering voortgezet volgens de nieuwe Algemene Verzekeringsvoorwaarden, de Omvang van de Dekking, de premie en/of het eigen risico.

19.4 De bevoegdheid tot beëindiging van de verzekering bestaat niet in de navolgende gevallen:

- a. bij een herziening van de verzekeringsvoorwaarden, de premie, wettelijke heffingen, eigen bijdragen en/of het eigen risico voortvloeiende uit wettelijke regelingen, wettelijke bepalingen en/of overheidsmaatregelen, waaronder begrepen een wijziging in de aanspraken krachtens de AWBZ;
- b. bij een herziening van de verzekeringsvoorwaarden, de premie en/of het eigen risico betrekking hebbende op het bereiken van een bepaalde leeftijdsgrens door verzekerde;
- c. indien de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden een verruiming dan wel een verbetering van de voorwaarden inhoudt.

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

19.6 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.

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

ARTIKEL 20 Collectief verzekerden

20.1 Indien op de verzekering collectieve verzekeringsvoorwaarden en/of collectieve premietarieven van toepassing zijn op basis van een tussen de Maatschappij en een belangenbehartiger van verzekeringnemer afgesloten collectieve zorgverzekeringsovereenkomst (bijvoorbeeld werkgever, personeelsvertegenwoordiging, vereniging, stichting, branche-organisatie of andere belangenbehartiger die belangen verzekeringnemer vertegenwoordigt), dan zijn eventueel overeengekomen afwijkende bepalingen in de collectieve zorgverzekeringsovereenkomst bepalend ten opzichte van de inhoud van deze Verzekeringsvoorwaarden.

Verzekeringnemer is zelf niet individueel partij bij de collectieve zorgverzekeringsovereenkomst.

20.2 De verzekering van alle op de polis genoemde verzekerden wordt beëindigd vanaf het moment dat niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden om deel te nemen aan het collectief (bijvoorbeeld bij einde dienstverband). Als het dienstverband van verzekeringnemer wordt beëindigd ten gevolge van arbeidsongeschiktheid of vervroegde uitdiensttreding, dan wordt de verzekering niet beëindigd maar tot de leeftijd van 65 jaar voortgezet, indien en voor zolang de collectieve zorgverzekeringsovereenkomst bij de Maatschappij wordt voortgezet en er geen recht op ziekenfondsverzekering ontstaat.

20.3 Indien de collectieve zorgverzekeringsovereenkomst door de Maatschappij of de belangenbehartiger wordt beëindigd, dan eindigt per de beëindigingsdatum van de collectieve zorgverzekeringsovereenkomst eveneens de met verzekeringnemer afgesloten verzekering. Een afzonderlijke individuele opzegging gericht aan verzekeringnemer is hiervoor niet vereist. Ingeval de belangenbehartiger bij een andere verzekeraar geen nieuwe collectieve zorgverzekeringsovereenkomst voor verzekeringnemer afsluit, kan verzekeringnemer een aanvraag indienen om zich op basis van medische selectie direct aansluitend bij de Maatschappij te verzekeren op basis van een individuele particuliere verzekering. Deze verzekering zal qua dekkingsomvang zoveel mogelijk overeenkomen met de beëindigde verzekering, hetgeen door de Maatschappij wordt beoordeeld, en tegen de op dat moment geldende premietarieven voor deze individuele particuliere verzekering. De aanvraag van verzekeringnemer dient uiterlijk 31 dagen na beëindiging van de verzekering door de Maatschappij te zijn ontvangen.

ARTIKEL 21 Niet voorziene gevallen

In alle gevallen, waarin deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden niet voorzien, beslist de Maatschappij.

ARTIKEL 22 Geschillen, klachten en rechtskeuze

22.1 Indien verzekerde zich niet met een beslissing van de Maatschappij kan verenigen dient hij de volgende regels in acht te nemen. Binnen zes weken nadat die beslissing aan hem is meegedeeld zal hij het geschil voorleggen aan de Maatschappij, ter attentie van de afdeling Klacht, Beroep en Bezwaar (KBB). De Maatschappij dient binnen zes weken nadat zij door verzekerde van het geschil op de hoogte is gesteld, daaromtrent te beslissen. Bij gebreke van een beslissing binnen de gestelde termijn wordt de oorspronkelijke beslissing geacht door de Maatschappij te zijn bevestigd. Het vorenstaande is eveneens van toepassing indien verzekerde klachten heeft over de totstandkoming en/of de uitvoering van de verzekering door de Maatschappij.

22.2 Verzekerde kan, nadat door de Maatschappij haar definitieve standpunt kenbaar is gemaakt of ingeval binnen een periode van zes weken na ontvangst van het geschil of de klacht de Maatschappij niet heeft gereageerd, het geschil of de klacht ter bemiddeling voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist. Verzekerde kan het geschil of de klacht ook voorleggen aan de bevoegde burgerlijke rechter.

22.3 Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

ARTIKEL 23 Slotbepaling

Deze Verzekeringsvoorwaarden treden in werking per 1 januari 2005.

ARTIKEL 24 Clausuleblad Terrorismedekking

bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT)

Op de verzekering is het clausuleblad van toepassing ten aanzien van het terrorismerisico zoals vastgesteld door de NHT.

Parodontologieprotocol

Het parodontologieprotocol is in 1998 tot stand gekomen in overleg met de beroepsgroep tandartsen en vastgelegd in de officiële tariefsbeschikking. In dit protocol is bepaald in welke vaste volgorde en met welke verrichtingencodes de tandarts de tandvlesbehandeling bij u dient uit te voeren. Volgens dit protocol dient de eindevaluatie van de behandeling binnen anderhalf jaar plaats te vinden. Op verwijzing van de tandarts kan een deel van de behandeling worden uitgevoerd door een vrijgevestigde mondhygiënist.

Het doel van dit vaste stappenplan is om uw tandvles zodanig te behandelen en u zodanig voor te lichten dat u na het doorlopen van het protocol weer een goede mondgezondheid heeft bereikt en zelf in staat bent dat zo te houden. Het betreft een kostbare behandeling. U kunt in de Omvang van de Dekking nazien of u hiervoor verzekerd bent en welke vergoedingen dan voor u van toepassing zijn. Het doorlopen van het protocol wordt éénmaal vergoed gedurende de totale verzekeringsduur. Dat kan ook voldoende zijn want na het doorlopen van het protocol is uw tandvles immers weer in een zo goed mogelijke conditie.

U doorloopt de volgende stadia van de protocolbehandeling:

1. Eerste onderzoek: (= initieel onderzoek) met heel veel metingen brengt de tandarts, parodontoloog of mondhygiënist de omvang van uw tandvlesprobleem in kaart. Dit onderzoek wordt uitgebreid met u besproken (de behandelcodes: T11 of T12)*.
2. Beginbehandeling: (= initiële behandeling) de probleemplaatsen worden door de tandarts, parodontoloog of mondhygiënist zeer grondig schoongemaakt. Tevens krijgt u uitgebreide voorlichting over het onderhoud van uw gebit en uw tandvles. Dit is van groot belang, want zonder uw inzet kan en zal de behandeling niet het gewenste resultaat opleveren (T21 of T22)*.
3. Herbeoordeling: enige tijd na die eerste behandeling worden de metingen van stap 1 herhaald om vast te stellen wat het resultaat is geweest van de beginbehandeling (T31, T32 eventueel aangevuld met T33)*.
4. Chirurgie: wanneer blijkt dat de beginbehandeling niet voldoende resultaat heeft opgeleverd om een stabiele mondgezondheid te bereiken kunnen plaatselijk kleine operaties nodig zijn (T70 t/m T76)*.
5. Nazorg: wanneer u de voor u nodige behandelingen hebt gehad wordt u nog enige tijd begeleid bij het handhaven van een stabiele mondgezondheid. (T51 t/m T56)*.
6. Eindevaluatie: alle metingen van stap 1 en stap 3 worden nog eens herhaald om vast te stellen wat het resultaat is van de totale behandeling. Dit wordt weer met u besproken (T60 en T61)*.

Samengevat is stap 1 is het gedeelte van onderzoek, de stappen 2 tot en met 4 vormen het gedeelte van de behandeling en de stappen 5 en 6 het gedeelte van nazorg en begeleiding. Wanneer de situatie bij u in het begin niet zeer ernstig was is stap 4 mogelijk niet nodig.

In de verzekeringsvoorwaarden is vastgelegd dat eerder doorlopen stappen van het protocol niet worden vergoed. Tevens is vastgelegd dat er maximaal 2 consulten nazorg worden vergoed.

* T-codes zijn codes voor tandvlesbehandelingen, die door tandartsen en mondhygiënist op hun nota's gebruikt worden.

Omvang van de Dekking Basispakket A

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

ARTIKEL 1 Vergoedingen

Alle in het dekkingsoverzicht genoemde tandheelkundige hulp dient te worden verleend door een tandarts, orthodontist, tandprotheticus of mondhygiënist. Vergoed worden de in het dekkingsoverzicht genoemde tandheelkundige verrichtingen tot ten hoogste het daarbij vermelde bedrag en/of percentage. Wanneer de kosten voor behandelingen, uitgevoerd door een gecontracteerde vrijgevestigde mondhygiënist(e) volgens uw verzekeringsvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen, dan zal de vergoeding nooit meer bedragen dan 75% van de voor de tandarts vastgestelde vergoeding conform de verzekeringsvoorwaarden.

De onder tandheelkundige behandelingen vermelde tegemoetkoming(en) of vergoeding(en) zijn inclusief de materiaal- en techniekkosten.

ARTIKEL 2 Extra dekking ongeval

Ingeval van een ongeval vergoedt de Maatschappij 80% van de werkelijk gemaakte tandheelkundige kosten met een maximum van € 454,- per ongeval na machtiging door de Maatschappij. Het betreft de kosten die resteren nadat een vergoeding heeft plaatsgevonden waarop verzekerde krachtens de "Omvang van de Dekking" recht heeft.

Per 12 maanden wordt terzake van één ongeval vergoeding verleend, waarbij de 12-maandenperiode ingaat op de datum van het ongeval.

ARTIKEL 3 Dekkingsgebied

3.1 De tandartskostenverzekering is uitsluitend van kracht binnen Nederland.

3.2 Vergoeding van de in het buitenland gemaakte tandartskosten als gevolg van acute klachten tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland zal plaatsvinden op basis van de in het dekkingsoverzicht genoemde maxima, indien en voorzover deze (spoed)behandeling(en) niet uitgesteld kon(den) worden. De vergoeding hiervan geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel tegen de wisselkoers die bij de Nederlandsche Bank gold op de dag, waarop de tandheelkundige behandeling(en) in het buitenland plaatsvond(en).

Bij spoedeisende tandheelkundige behandeling(en) buiten Nederland, doch binnen Europa, worden de kosten op basis van 80% van de in Nederland bij een soortgelijke behandeling geldende tarieven vergoed.

3.3 Bij spoedeisende tandheelkundige behandeling(en) in de landen buiten de EU/EER, niet zijnde verdragslanden, wordt maximaal de in Nederland geldende tarieven voor een soortgelijke behandeling in Nederland op basis van 80% vergoed.

ARTIKEL 4 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten bestaat:

4.1 voor verzuimde afspraken;

4.2 voor behandelingsadviezen en begrotingskosten;

4.3 inzake het opvullen van de bij aanvang van de verzekering reeds bestaande diastemen (ruimte door ontbrekende elementen);

4.4 voor behandelingen, waarvan de noodzaak reeds ten tijde van het indienen van de tandheelkundige verklaring aanwezig was;

4.5 voor de tarieven die gehanteerd worden betreffende tandheelkundige behandelingen voor extreem angstige personen;

4.6 voor voortijdige vervanging van vullingen om esthetische dan wel medische redenen;

4.7 voor behandelingen die niet in de dekkingsvoorwaarden dekkingsoverzichten worden genoemd en verrichtingen die verband houden met deze behandelingen (bijv. anesthesie).

Overzicht dekking Basispakket A

Voor verzekerden volgens standaardpakketpolis/ziekenfonds

Code: **Omschrijving:**

C Consulten:

12 periodiek preventief onderzoek, tweede en volgende in hetzelfde kalenderjaar 100%

Per kalenderjaar worden maximaal 2 consulten vergoed

A Anesthesie:

10 Geleidings- en/of infiltratieanesthesie 100%

M Preventie/mondhygiëne:

10 fluoride applicatie 1 x per halfjaar 100%

20 fluoride applicatie gelijktijdig boven en onder 1 x per halfjaar 100%

50 tandsteenverwijdering beperkt 1 x per halfjaar 100%

55 tandsteenverwijdering gemiddeld 1 x per halfjaar 100%

59 tandsteenverwijdering uitgebreid 1 x per halfjaar 100%

Het maximum van 1 x per half jaar geldt voor de codes 10 en 20 tezamen en de codes 50, 55 en 59 tezamen.

E Wortelkanaalbehandeling:

10 eerste kanaal, zilverstift of pointsectie 100%

20 eerste kanaal pasta 100%

15 elk volgende kanaal, zilverstift of pointsectie 100%

25 elk volgend kanaal pasta 100%

80 pulpabehandeling bij melkelementen 100%

Consultatie:

E1 endodontisch consult 100%

E2 uitgebreid endodontisch consult 100%

E3 consult na dentaal trauma 100%

Wortelkanaalbehandelingen:

E13 eenkanalig element	100%
E14 tweekanalig element	100%
E16 driekanalig element	100%
E17 vier- of meerkanalig element	100%
E85 elektronisch lengtebepalen	100%

Initiële wortelkanaalbehandeling:

E77 initiële wortelkanaalbehandeling, eerste kanaal	100%
E78 initiële wortelkanaalbehandeling, elk volgend kanaal	100%

Behandeling traumaelement:

E40 directe pulpa-overkapping	100%
E42 repositie geluxeerd element	100%
E43 aanbrengen fixatie d.m.v. spalk	100%
E44 verwijdering spalk	100%
E45 aanbrengen rubberdam	100%

V Restauraties door middel van plastisch materiaal:

10 pitvulling	100%
11 eenvlaksvulling	100%
12 tweevlaksvulling	100%
13 drievlaksvulling	100%
20 etsen ten behoeve van composiet	100%
21 etsen in combinatie met etsbare onderlaag	100%
30 sealing; eerste element	100%
35 volgende element in dezelfde zitting	100%
70 retentiestift; parapulpaire stift per stuk	100%

Per 12 maanden komen maximaal 6 vullingen (V10, V11, V12 of V13 al dan niet in combinatie met genoemde technieken V20 of V21) per verzekerde voor vergoeding in aanmerking.

Omvang van de Dekking Uitgebreid Pakket B

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

Indien de verzekering voor het Pakket B tot stand komt worden de kosten van het keuringsrapport en de twee bitewing-foto's volledig vergoed overeenkomstig de door de NMT vastgestelde tarieven, exclusief het consult. De vergoede bite-wing foto's blijven eigendom van de Maatschappij.

ARTIKEL 1 Vergoedingen

Alle in het dekkingsoverzicht genoemde tandheekkundige hulp dient te worden verleend door een tandarts, orthodontist, tandprotheticus of mondhygiënist. Vergoed worden de in het dekkingsoverzicht genoemde tandheekkundige verrichtingen tot ten hoogste het daarbij vermelde bedrag en/of percentage. Wanneer de kosten voor behandelingen, uitgevoerd door een gecontracteerde vrijgevestigde mondhygiënist(e) volgens uw verzekeringsvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen, dan zal de vergoeding nooit meer bedragen dan 75% van de voor de tandarts vastgestelde vergoeding conform de verzekeringsvoorwaarden.

Voor parodontologie en prothetische voorzieningen geldt een wachtermijn van 2 jaar vanaf de ingangsdatum van de tandartskostenverzekering, tenzij anders met de Maatschappij is overeengekomen.

De onder tandheekkundige behandelingen vermelde tegemoetkoming(en) of vergoeding(en) zijn inclusief de materiaal- en techniekkosten.

ARTIKEL 2 Extra dekking ongeval

Ingeval van een ongeval vergoedt de Maatschappij 80% van de werkelijk gemaakte tandheekkundige kosten met een maximum van € 454,- per ongeval na machtiging door de Maatschappij. Het betreft de kosten die resteren nadat een vergoeding heeft plaatsgevonden waarop verzekerde krachtens de "Omvang van de Dekking" recht heeft.

Per 12 maanden wordt terzake van één ongeval vergoeding verleend, waarbij de 12-maandenperiode ingaat op de datum van het ongeval.

ARTIKEL 3 Dekkingsgebied

3.1 De tandartskostenverzekering is uitsluitend van kracht binnen Nederland.

3.2 Vergoeding van de in het buitenland gemaakte tandartskosten als gevolg van acute klachten tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland zal plaatsvinden op basis van de in het dekkingsoverzicht genoemde maxima, indien en voorzover deze (spoed)behandeling(en) niet uitgesteld kon(den) worden. De vergoeding hiervan geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel tegen de wisselkoers die bij de Nederlandsche Bank gold op de dag, waarop de tandheekkundige behandeling(en) in het buitenland plaatsvond(en). Bij spoedeisende tandheekkundige behandeling(en) buiten Nederland, doch binnen Europa, worden de kosten op basis van 80% van de in Nederland bij een soortgelijke behandeling geldende tarieven vergoed.

3.3 Onder verwijzing naar het gestelde in lid 2 van dit artikel wordt in landen buiten Europa maximaal de in Nederland geldende tarieven voor een soortgelijke behandeling in Nederland op basis van 80% vergoed.

ARTIKEL 4 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten bestaat:

4.1 voor verzuimde afspraken;

4.2 voor behandelingsadviezen en begrotingskosten;

4.3 inzake het opvullen van de bij aanvang van de verzekering reeds bestaande diastemen (ruimte door ontbrekende elementen);

4.4 voor behandelingen, waarvan de noodzaak reeds ten tijde van het afgeven van het tandheelkundig keuringsrapport aanwezig was;

4.5 voor de tarieven die gehanteerd worden betreffende tandheelkundige behandelingen voor extreem angstige personen;

4.6 voor voortijdige vervanging van vullingen om esthetische dan wel medische redenen;

4.7 voor tandheelkundige implantaten en de kosten verband houdende met het inbrengen daarvan in de kaak;

4.8 voor orthodontische behandelingen;

4.9 voor behandelingen die niet in de dekkingsvoorwaarden/dekkingsoverzichten worden genoemd en voor verrichtingen die verband houden met deze behandelingen (bijv. anesthesie).

Overzicht dekking Uitgebreid Pakket B

Voor verzekerden volgens standaardpakketpolis/ziekenfonds

Code:	Omschrijving:
C Consulten:	
11	periodiek preventief onderzoek, eerste in kalenderjaar (eenmaal per verzekerde per kalenderjaar) 100%
12	periodiek preventief onderzoek, tweede en volgende in hetzelfde kalenderjaar 100%
13	incidenteel consult 100%
28	uitgebreid consult 100%
85	weekenddienst 100%
86	avondbehandeling 100%
87	nachtbehandeling 100%

Per kalenderjaar worden maximaal 2 consulten (C11, C12,C13 of C28) vergoed

A Anesthesie:

10 geleidings- en/of infiltratieanesthesie 100%

X Röntgenfoto:

10 intra-orale foto (maximaal 4 per kalenderjaar) 100%

M Preventie/mondhygiëne:

10	fluoride applicatie 1 x per halfjaar	100%
20	fluoride applicatie gelijktijdig boven en onder 1 x per halfjaar	100%
50	tandsteenverwijdering beperkt 1 x per halfjaar	100%
55	tandsteenverwijdering gemiddeld 1 x per halfjaar	100%
59	tandsteenverwijdering uitgebreid 1 x per halfjaar	100%

Het maximum van 1 x per half jaar geldt voor de codes 10 en 20 tezamen en de codes 50, 55 en 59 tezamen

H Chirurgische behandelingen:

10	extractie inclusief eenvoudig wondtoilet	100%
15	volgende extractie in dezelfde zitting en zelfde kwadrant	100%
20	hechten, per alveole	100%
21	kosten hechtmateriaal	100%
25	uitgebreid wondtoilet	100%
26	hechten weke delen	100%
30	gecompliceerde extractie zonder mucoperiostale opklap	100%
35	gecompliceerde extractie met mucoperiostale opklap	100%
40	correctie processus alveolaris per kaak	100%
41	frenulum extirpatie	100%
50	repositie/replantatie eerste element	100%
55	repositie/replantatie buurelement	100%
70	weke delen correcties enkelzijdig per kaak	100%
75	weke delen correcties dubbelzijdig per kaak	100%

E Wortelkanaalbehandeling:

10	eerste kanaal, zilverstift of pointsectie	100%
20	eerste kanaal, pasta	100%
15	elk volgende kanaal, zilverstift of pointsectie	100%
25	elk volgend kanaal, pasta	100%
80	pulpabehandeling bij melkelementen	100%

Consultatie:

E1	endodontisch consult	100%
E2	uitgebreid endodontisch consult	100%
E3	consult na dentaal trauma	100%

Wortelkanaalbehandelingen:

E13	eenkanalig element	100%
E14	tweekanalig element	100%
E16	driekanalig element	100%
E17	vier- of meerkanalig element	100%
E85	electronisch lengtebepalen	100%

Initiële wortelkanaalbehandeling:

E77	initiële wortelkanaalbehandeling, eerste kanaal	100%
E78	initiële wortelkanaalbehandeling, elk volgend kanaal	100%

Behandeling traumelement:

E40	directe pulpa-overkapping	100%
E42	repositie geluxeerd element	100%

E43	aanbrengen fixatie d.m.v. spalk	100%
E44	verwijdering spalk	100%
E45	aanbrengen rubberdam	100%

V Restauraties door middel van plastisch materiaal:

10	pitvulling	100%
11	eenvlaksvulling	100%
12	tweevlaksvulling	100%
13	drievlaksvulling	100%
14	kroon van plastisch materiaal	100%
15	direct labiale veneering	100%
20	etsen ten behoeve van composiet	100%
21	etsen in combinatie met etsbare onderlaag	100%
30	sealing; eerste element	100%
35	volgende element in dezelfde zitting	100%
70	retentiestift; parapulpaire stift per stuk	100%
80	retentiestift; eerste stift in wortelkanaal per stuk	100%
85	volgende stift in hetzelfde element per stuk	100%

Per 12 maanden worden maximaal 6 vullingen (V10, V11, V12 of V13 al dan niet in combinatie met genoemde technieken V20 of V21) per verzekerde vergoed.

R Gegoten restauraties:

08	eenvlaks composiet inlay* per element	100%
09	tweevlaks composiet inlay** per element	100%
10	drievlaks composiet inlay* per element	100%
11	eenvlaksinlay per element	max. € 91,-
12	tweevlaksinlay per element	max. € 125,-
13	drievlaksinlay per element	max. € 159,-
20	gegoten metalen kroon per element	max. € 159,-
25	gegoten metalen kroon met opgebakken porselein, partiële omslijping of schouderbevelpreparatie, gegoten metalen kroon met kunstharvenster per element	max. € 170,-
26	jacketkroon met schouderpreparatie per element	max. € 159,-
31	opbouw plastisch materiaal per element	max. € 34,-
32	gegoten opbouw indirecte methode per element	max. € 45,-
33	gegoten opbouw directe methode per element	max. € 91,-
40	brugwerk: eerste dummy	max. € 91,-
45	tweede en volgende in hetzelfde tussendeel	max. € 68,-
55	gipsslot met extra afdruk*	100%
60	etsbrug, zonder preparatie*	max. € 113,-
61	etsbrug, met preparatie	max. € 136,-
65	extra voor uitbreiding etsbrug*	max. € 45,-
66	extra voor uitbreiding etsbrug	max. € 23,-
74	opnieuw vastzetten gegoten restauraties*	100%
75	opnieuw vastzetten etsbrug*	100%

De gezamenlijke kosten voor inlays, kronen en brugdelen komen tot ten hoogste voor 4 elementen per 24 maanden voor vergoeding in aanmerking. De periode van 24 maanden wordt geacht te zijn aangevangen met de plaatsing van de eerste inlay/kroon of het eerste brugdeel.

* bij deze code zijn techniekkosten van vergoeding uitgesloten

T Parodontologie (tandvleesbehandeling):

11	parodontaal onderzoek met pocketstatus	€	57,-
12	parodontaal onderzoek met parodontiumstatus	€	61,-
21	initiële parodontale behandeling tandarts*** per element	€	16,-
22	initiële parodontale behandeling mondhygiëniste*** per element	€	11,-
70	flapoperatie in één interdentale ruimte		75%
71	flapoperatie per sextant*		75%
72	flapoperatie uitgebreid per sextant*		75%
82	gingivectomie per element		75%

Voor alle T-verrichtingen tezamen wordt éénmaal per 36 maanden maximaal € 454,- vergoed.

Verder is het Parodontologieprotocol van toepassing.

* na voorafgaande machtiging

*** tegelijkertijd met de nota's dient de pocketstatus te worden meegezonden

P Prothetische voorzieningen:

01	rebasen indirect zonder randopbouw	max. €	45,-
02	rebasen indirect met randopbouw	max. €	45,-
06	tissue conditionering volledige prothese**		100%
07	reparatie prothese zonder afdruk volledige prothese	max. €	23,-
08	reparatie prothese met afdruk volledige prothese	max. €	45,-
10	partiële prothese 1-4 elementen	max. €	91,-
15	partiële prothese 5-13 elementen	max. €	113,-
21	volledige bovenprothese	max. €	182,-
25	volledige onderprothese	max. €	204,-
30	volledige boven- en onderprothese	max. €	363,-
14	extra voor individuele afdruk met randopbouw**		100%
29	extra voor elk overkapt element**		100%
34	frameprothese 1-4 elementen	max. €	182,-
35	frameprothese 5-13 elementen	max. €	204,-
40	extra voor immediaatprothese**		100%
78	uitbreiding partiële prothese met element(en) tot volledige prothese, inclusief afdruk	max. €	45,-

Voor de kosten van de prothetische voorzieningen wordt per 5 jaar éénmaal vergoeding verleend. Reparatie van een bestaande prothese, uitgevoerd door een gecertificeerd tandprotheticus (zonder tussenkomst van een tandarts), wordt vergoed op basis van hetgeen is vermeld bij reparatie van een prothetische voorziening.

** bij deze code zijn techniekkosten van vergoeding uitgesloten

G Gnatologie:

61	instructie spieroefeningen		100%
69	occlusale opbeetplaat		100%

