

TANDHEELKUNDIGE VERZEKERING T1/T2



Verzekeringsvoorwaarden

ZORGGROEP
Geve RZG

Tandheelkundige Verzekering T1/T2

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 **Premiebetaling**
- 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 verzekering in het kader van de particuliere ziektekostenverzekeringen welke niet zijn gedefinieerd als aanvullende verzekeringen door de verzekeraar.

1.5 Medische noodzaak: de noodzaak van onderzoek of behandeling 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 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.

2. DEKKING

De Aanvullende Verzekering Tandheelkundige Hulp is aanvullend op de hoofdverzekering 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 Aanvullende Verzekering Tandheelkundige Hulp kent twee tarieven, te weten T1 en T2. De indeling van de rubrieken en omschrijvingen sluit aan bij de Uniforme Particuliere Tarieven (UPT) voor tandartsen.

De vergoeding bedraagt 75% van de officieel goedgekeurde CTG-tarieven voor de rubrieken I t/m VIII en voor rubriek X voor verzekerden vanaf 18 jaar.

De techniekkosten worden niet vergoed.

De kosten van het onderzoek verbonden aan het bezoek aan de tandarts ter verkrijging van het tandheelkundig keuringsrapport zullen worden vergoed na ontvangst van dit keuringsrapport, mits de verzekering wordt geaccepteerd door verzekeraar.

2.1 Vergoedingen, vallende zowel onder tarief T1 als T2

I. Consulten

- C 10 periodieke controle per 6 maanden
- C 20 periodiek consult, inclusief kleine verrichtingen, per 6 maanden
- C 25 specifiek consult per kalenderjaar
- C 50 studiemodel

II. Röntgendiagnostiek

- X 10 intra-orale foto
- X 20 opbeetfoto, transcraniale opname
- X 30 röntgen-status per kaak

III. Preventieve behandelingen

- M 30 instructie mondhygiëne zonder kleurtest, ten hoogste eenmaal per kalenderjaar
- M 50 tandsteen verwijderen: gering eenmaal per 6 maanden
- M 55 tandsteen verwijderen: normaal eenmaal per 6 maanden
- M 59 tandsteen verwijderen: uitgebreid eenmaal per 6 maanden

IV. Anaesthesie

- A 10 geleidings en of infiltratie anaesthesie

A 15 oppervlakte anaesthesie

V. Restauraties van plastisch materiaal (vullingen: amalgaam, composiet)

- V 10 pitvulling
- V 11 eenvlaks restauratie
- V 12 tweevlaks restauratie
- V 13 drievlaks restauratie/klasse IV hoekopbouw
- V 14 amalgaamkroon/composietkroon
- V 20 etstechniek ten behoeve van composiet
- V 21 etsen in combinatie etsbare onderlaag
- V 50 droogleggen elementen door middel van cofferdam
- V 80/85 stiften in wortelkanaal

In de gezamenlijke kosten van bovengenoemde restauraties van plastisch materiaal wordt per kalenderjaar maximaal vergoeding verleend voor 6 restauraties.

VI. Wortelkanaalbehandelingen

- E 10 wortelkanaalbehandeling éénkanaalig element of eerste kanaal van meerkanalig element: zilverstift, point of pointsectie
- E 20 wortelkanaalbehandeling éénkanaalig element of eerste kanaal van meerkanalig element: pasta
- E 15 wortelkanaalbehandeling elk volgend kanaal: zilverstift, point of pointsectie
- E 25 wortelkanaalbehandeling elk volgend element: pasta
- E 30 mortaalamputatie
- E 65 apexificatie
- E 75 initiële wortelkanaalbehandeling per element

VII. Chirurgische behandelingen (inclusief anaesthesie)

- H 10 extractie inclusief eenvoudig wondtoilet
- H 15 volgende extractie in dezelfde zitting en zelfde kwadrant
- H 30 gecompliceerde extractie: zonder mucoperiostale opklap
- H 35 gecompliceerde extractie: met mucoperiostale opklap
- H 42 apexresectie per radix: zonder afsluiting
- H 43 apexresectie per radix met ante- of retrograde-afsluiting

VIII. 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:

- T 11 onderzoek met pocketstatus
- T 12 onderzoek met parodontium status

- T21 scaling en rootplanning door tandarts per element
- T22 scaling en rootplanning door mondhygiënist per element
- T31 herbeoordeling met pocketstatus
- T32 herbeoordeling met parodontiumstatus
- T33 uitgebreid bespreken vervolgtraject

T70 flapoperatie in een interdentaal ruimte
 T71 flapoperatie per sextant
 T72 flapoperatie uitgebreid per sextant
 T73 directe post-operatief zorg, kort
 T74 directe post-operatief zorg, uitgebreid
 T75 post-operatieve evaluatie onderzoek met parodontiumstatus
 T76 tuber- of retromolair plastiek

T51 kort consult parodontale nazorg tandarts
 T52 kort consult parodontale nazorg mondhygiënist
 T53 consult parodontale nazorg tandarts
 T54 consult parodontale nazorg mondhygiënist
 T55 uitgebreid consult parodontale nazorg tandarts
 T56 uitgebreid consult parodontale nazorg mondhygiënist

T60 evaluatie-onderzoek met pocketstatus
 T61 evaluatie-onderzoek met parodontiumstatus

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 retromolair plastiek
 T82 gingivectomie per element
 T83 gingivectomie per sextant

2.2. Vergoeding tot maximaal het vermelde bedrag voor rubriek IX:

IX. Vergoeding prothetische voorzieningen in de vorm van:

P 01 rebasen/relinen volledige prothese	f 56,50
P 02 indirect met randopbouw	f 121,00
P 03 direct zonder randopbouw	f 80,50
P 04 direct met randopbouw	f 121,00
P 10 partiële plaatprothese 1 - 4 elementen	f 114,00
P 14 individuele afdruk met randopbouw	f 83,50
P 15 partiële plaatprothese 5 - 13 elementen	f 227,00
P 18 extra voor gegoten anker per stuk	f 22,50
P 21 bovenprothese	f 227,00
P 25 onderprothese	f 303,00
P 30 volledige prothese	f 493,00
P 34 frame prothese 1 - 4 elementen	f 311,00
P 35 frame prothese 5 - 13 elementen	f 425,00
P 36 individuele afdruk zonder randopbouw	f 38,00

Voor de kosten van één der bovengenoemde prothetische voorzieningen wordt per verzekerde per 7 kalenderjaren ten hoogste éénmaal vergoeding verleend.

P 51 rebasen (per werkstuk) indirect zonder randopbouw	f 53,00
P 52 rebasen (per werkstuk) indirect met randopbouw	f 114,00
P 53 rebasen (per werkstuk) direct zonder randopbouw	f 76,00
P 54 rebasen (per werkstuk) direct met randopbouw	f 114,00
P 57 reparatie van de prothese zonder afdruk	f 22,00
P 79 bijplaatsen van elementen en/of ankers, uitbreiden partiële prothese met afdruk	f 60,50

Overkappingsprotheses op implantaten

I 85 boven- en onderprothese	f 400,00
I 87 onderprothese	f 200,00

2.3 Extra vergoedingen, uitsluitend voor tarief T2

X. Inlays, kronen en bruggen

Opbouw

- R 31 opbouw plastisch materiaal
- R 32 gegoten opbouw; indirecte methode
- R 33 gegoten opbouw; directe methode

Inlays

- R 12 tweevlaks inlay (inclusief noodvoorziening)
- R 13 drievlaks inlay (inclusief noodvoorziening)

Kronen

- R 20 gegoten metalen kroon (inclusief noodkroon)
- R 25 gegoten metalen kroon met opgebakken porselein, partiële omslijping of schouderbevel preparatie, gegoten metalen kroon met kunstharsvenster
- R 27 jacketkroon zonder schouderpreparatie (inclusief noodkroon)
- R 26 jacketkroon met schouderpreparatie (inclusief noodkroon)

Bruggen

- R 40 brugtussendeel
- R 45 tweede en volgende dummy in betreffende brugtussendeel
- R 60 etsbrug met 1 dummy
- R 65 etsbrug, elke volgende dummy in hetzelfde tussendeel
- R 66 etsbrug, elke volgende bevestiging boven aantal van twee
- V 20 extra voor etstechniek

In de gezamenlijke kosten van inlays, kronen en brugdelen wordt per verzekerde per periode van 2 kalenderjaren maximaal vergoeding verleend voor 3 elementen.

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 schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij. 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;

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

3.3.1 De uitsluiting onder 3.3 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).

3.3.2 Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 3.3.1 geen toepassing;

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

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

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

3.7 voor onderzoek en/of behandeling, die naar algemeen medische opvatting niet behoren tot de praktijkuitoefening van de betrokken tandarts of orthodontist.

3.8 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 bij een eventuele keuring 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 De verzekering moet onder dezelfde condities worden aangegaan en gehandhaafd voor alle op het Bewijs van Inschrijving genoemde verzekerden vanaf 18 jaar, voor zover niet anders overeengekomen.

4.4 De verzekerde dient regelmatig -tenminste één 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 verzekeringsnemer 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 vangt de verzekering aan op de eerste 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 verzekeraar is binnengekomen, en nooit later dan op de eerste van de vijfde maand volgend op die, waarin het aanmeldingsformulier bij de verzekeraar is binnengekomen.

7.1.2 De verzekering wordt aangegaan voor onbepaalde tijd, met dien verstande dat zij ten minste voor de duur van twee volledige kalenderjaren moet worden aangegaan. Verzekeringen aangevangen in de loop van een kalenderjaar worden ten minste voor de duur van dat en van de twee daarop volgende kalenderjaren aangegaan. Indien niet wordt opgezegd conform artikel 7.2 wordt de verzekering automatisch met eenzelfde periode verlengd.

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 ten minste drie jaren heeft geduurd en de opzegging geschiedt vóór 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, 7.2.3 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.

7.3 Tussentijdse wijziging van tarief T1 naar tarief T2 is slechts mogelijk per 1 januari van enig jaar nadat verzekeraar het tandheelkundig risico heeft geaccepteerd. Wijziging van tarief T2 naar tarief T1 is slechts mogelijk per 1 januari van enig jaar met dien verstande dat de verzekering volgens tarief T2 minstens drie volledige kalenderjaren heeft geduurd.

8. PREMIEBETALING

8.1 De verzekeringnemer is verplicht de premie en de kosten alsmede`bijdragen die voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen bij vooruitbetaling te voldoen, voor de eerste keer bij de aanvang van de verzekering, voor alle op het Bewijs van Inschrijving genoemde personen.

De premie, de kosten en de bijdragen op grond van wettelijke regelingen, zijn verschuldigd met ingang van de dag dat de verzekering van kracht wordt.

8.2 De premie dient in de overeengekomen termijnen te worden betaald en is op de eerste dag van elke betalingstermijn ten kantore van de verzekeraar verschuldigd.

8.3 De premie wordt voldaan tegen afgifte van een door de verzekeraar verstrekte kwitantie of tegen een ander daartoe door haar aangewezen bewijs van kwijting. Bij niet betaling van de premie binnen een maand na de vervaldatum, vervalt het recht op uitkering onverminderd de verplichting tot verdere premiebetaling.

8.4 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.

8.5 De verzekeraar is niet aansprakelijk voor kosten door de verzekerden gemaakt tijdens het verval van recht op uitkering.

8.6 Het is de verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van de verzekeraar te vorderen vergoeding.

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 Indien 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.

8.9 Bij het ingebreke stellen van het betalen van de premie op de vervaldag, kan de verzekerde zich nimmer beroepen op het feit, dat de premie niet tijdig ten huize van de verzekerde is geïnd.

8.10 Bij wijziging van premie door het bereiken van een leeftijdsgrens gaat, indien van toepassing, de nieuwe premie in op de dag waarop die bepaalde leeftijdsgrens werd bereikt.

8.11 De premiebetaling eindigt vanaf de datum van beëindiging der verzekering.

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 gerede 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 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.