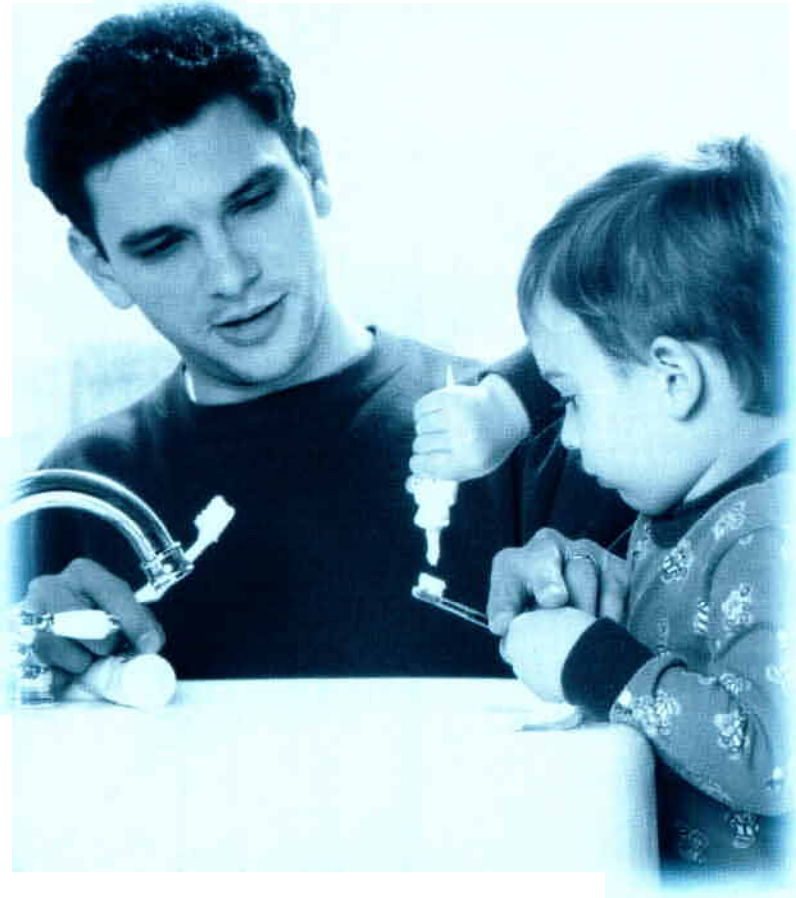


TANDHEELKUNDIGE VERZEKERING TV



Verzekeringsvoorwaarden

ZORGVERZEKERAAR

Geové RZG

Tandheelkundige Verzekering TV

als aanvulling op de hoofdverzekeringen van Geové RZG

Verzekeringsvoorwaarden, ingaande 1 januari 2002

Inhoudsopgave

Artikel

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

1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

1.1 Acupuncturist: Een in Nederland gevestigde acupuncturist die is aangesloten bij de Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV), de Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde (ZHONG), de Nederlandse Vereniging van Acupunctuur (NVA), het Nederlandse Genootschap van Acupunctuur (NGVA) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.2 Antroposofisch arts: Een in Nederland gevestigde arts die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.3 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.

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

1.5 Audiologische hulp: Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

1.6 AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

1.7 Bijkomende kosten:

De neventarieven die door de instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht; de neventarieven die door een privé-kliniek of zelfstandig behandelcentrum op grond van een CTG- tariefsbeschikking rechtsgeldig bij verzekeraar in rekening mogen worden gebracht.

1.8 Centrum voor erfelijkheidsonderzoek: Een in Nederland gelegen instelling die conform de bij wet gestelde regels is toegelaten voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

1.9 Centrum voor bijzondere tandheelkundige hulp: Een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

1.10 Chiropractor: Een in Nederland gevestigde chiropractor, die is aangesloten bij de Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.11 Dagverpleging: Kortere dan 24 uur durende bedverpleging in een ziekenhuis waarvan de noodzaak te voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist.

1.12 Dekking: De in artikel 2 genoemde verstrekkingen.

1.13 Diëtist: Een in Nederland vrijgevestigde diëtist die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

1.14 Drogist: Een in Nederland gevestigde drogist in het bezit van:
a. het Vakdiploma drogist van de Stichting Pharmacon;
b. een geneesmiddelenvergunning afgegeven door het terzake bevoegde Ministerie.

1.15 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.

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

1.17 Ergotherapeut: Een in Nederland gevestigd ergotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

1.18 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.

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

- geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op Geneesmiddelen voorziening 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.

1.20 Fysiotherapeut: Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnastmasseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

1.21 Geregistreeerde 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.

1.22 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 verzekeraar; de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 18 jaar;
- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen van 18 tot 27 jaar, mits voor die kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag of op buitengewone lastenaf trek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge artikel 9 Uitvoeringsregeling Inkomstenbelasting 1990;
- een alleenstaande met een of meer kinderen zoals hierboven vermeld.

1.23 GVS: Geneesmiddelenvergoedingssysteem.

1.24 Herstellingsoord: Een in Nederland gevestigd herstellingsoord, niet zijnde een AWBZ-instelling. De herstellingsoorden die onder deze regeling vallen zijn: "Daidalos" te Driebergen, "De Kim" te Noordwijk aan Zee, "Overbosch" te Hilversum, "De Wiltzangk" te Bilthoven en "Het Wilhelminahuis" te Valburg of een daartoe bevoegd oord, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.25 Homeopaat: Een in Nederland gevestigde homeopaat, die is aangesloten bij de Artsenvereniging ter Bevordering van de Natuurlijke Geneeswijzen (ABNG), Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland (VHAN), Nederlandse Vereniging van Klassieke Homeopathen (NVKH) of de Vereniging Beter Natuurlijk (VBN) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.26 Hoofdverzekering: De door verzekeraar 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 Geové RZG Zorgverzekeraar, niet zijnde de aanvullende verzekering(en) die in combinatie met de hiervoor genoemde hoofdverzekeringen bij verzekeraar kunnen worden afgesloten.

1.27 Huidtherapeut: Een in Nederland gevestigde huidtherapeut die in het bezit is van het diploma huidtherapeut van de hogeschool van Utrecht of Eindhoven en is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten, of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.28 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 Nederlandsche 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.

1.29 Hulp in natura: Aanspraken waarbij door of namens verzekeraar een dienst wordt verleend of verstrekkingen worden geleverd.

1.30 Hulpmiddelen: De hulpmiddelen die limitatief in de Uniforme Regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland zijn opgenomen.

1.31 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.

1.32 Kinderfysiotherapeut: Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in een door de Vereniging Vrijgevestigde Fysiotherapeuten (VVF) en de Contactcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen van Zorgverzekeraars Nederland (ZN/KPZ) aangewezen register.

1.33 Kraamcentrum: Een conform bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten instelling, alsmede de door verzekeraar als zodanig gecontracteerde instelling.

1.34 Kraamzorg: De zorg verleend door een aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorgster, waarbij deze ten huize van verzekerde verblijft en zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt.

1.35 Laboratoriumonderzoek: Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat conform bij wet gestelde regels als zodanig is toegelaten.

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

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

1.38 Manueel Arts: Een in Nederland gevestigde arts die is aangesloten bij Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde (NVAMG) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.39 Manueel therapeut: Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in een door de Vereniging Vrijgevestigde Fysiotherapeuten (VVF) en de Contactcommissie Publiekrechtelijke Ziektkostenregelingen van Zorgverzekeraars Nederland (ZN/KPZ) aangewezen register.

1.40 Medisch adviseur: De door verzekeraar aangewezen arts die verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

1.41 Medische noodzaak: De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is.

1.42 Arts-Moermantherapeut: Een in Nederland gevestigde arts die is aangesloten bij de Artsenvereniging ter Bevordering van de Natuurlijke Geneeswijzen (ABNG) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.43 Mondhygiënist: Een in Nederland vrijgevestigd en gediplomeerd mondhygiënist(e) die voldoet aan door verzekeraar gestelde kwaliteitscriteria en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.44 Natuurgeneeskundige: Een in Nederland gevestigde natuurgeneeskundige die is aangesloten bij de Artsenvereniging ter Bevordering van de Natuurlijke Geneeswijzen (ABNG) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.45 Neuraaltherapeut: Een in Nederland gevestigde arts die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Neuraal- en Regulatietherapie (NVNR) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.46 Oedeemtherapeut: Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in een door de Vereniging Vrijgevestigde Fysiotherapeuten (VVF) en de Contactcommissie Publiekrechtelijke Ziektkostenregelingen van Zorgverzekeraars Nederland (ZN/KPZ) aangewezen register.

1.47 Oefentherapeut Cesar/ Oefentherapeut Mensendieck: Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

1.48 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.

1.49 Orthodontist: Een in Nederland gevestigde tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheekunde.

1.50 Orthomoleculaire geneeskundige: Een in Nederland gevestigde Orthomoleculaire geneeskundige die arts is en aangesloten bij de Artsenvereniging ter Bevordering van de Natuurlijke Geneeswijzen (ABNG) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.51 Osteopaat: Een in Nederland gevestigde Osteopaat die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Osteopathie (NVO), Nederlandse Associatie van Gediplomeerde Osteopaten (NAGO) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.52 Overgangsconsulent: Een in Nederland gevestigde overgangsconsulent die als zodanig is opgeleid en erkend door de organisatie 'Care for Women' of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.53 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.

1.54 Podoposturaal therapeut: Een in Nederland gevestigde podoposturaal therapeut, voor zover aangesloten bij de Omni Podo Genootschap of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.55 Podotherapeut: Een in Nederland gevestigde podotherapeut, voor zover aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Podotherapie of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.56 Privé-kliniek: Zie zelfstandig behandelcentrum.

1.57 ProVé B.V.: Een reïntegratiebedrijf dat is gespecialiseerd in het herplaatsen van verzuimende arbeidsongeschikte of arbeidsgehandicapte (ex)werknemers.

1.58 Psychologische hulpverlener: Eerstelijnspsycholoog: Een in Nederland gevestigde psycholoog die als zodanig is ingeschreven in het register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) als gekwalificeerd eerstelijnspsycholoog.

GZ-psycholoog: Een in Nederland gevestigde gezondheidszorgpsycholoog die is afgestudeerd in de psychologie en die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en werkzaam is in de eerste lijn. Orthopedagogen vallen niet onder deze omschrijving.

Alternatieve psychologische hulpverlener: Een in Nederland gevestigde hulpverlener die is aangesloten bij het Nederlands Verbond van Psychologen en Agogen (NVPA), Vereniging van Haptotherapeuten (VVH), Nederlandse Vereniging van Postural Integration-therapeuten (NVPIT) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.59 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.

1.60 Revalidatie: Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatie-technische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist, verbonden aan een conform bij de wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

1.61 Specialist: Een in Nederland gevestigde arts die voor het door hem uitgeoefend specialisme staat ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse 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.

1.62 Specialistische hulp: Zorg of onderzoek volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven.

1.63 Sportarts: Een in Nederland gevestigde sportarts die als zodanig erkend is door het College van de Sociale Geneeskunde (SCRG).

1.64 Sport Medisch Adviescentrum (SMA): Een door het NOC*NSF erkend Sport Medisch Adviescentrum.

1.65 Tandarts: Een in Nederland gevestigde tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG .

1.66 Tandprotheticus: Een in Nederland gevestigde en gediplomeerde tandprotheticus die voldoet aan de door verzekeraar gestelde kwaliteitscriteria en op grond daarvan als zodanig door verzekeraar is erkend.

1.67 Verloskundige: Een in Nederland gevestigde verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

1.68 Verzekeraar: Onderlinge Waarborgmaatschappij Geové RZG U.A.

1.69 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.

1.70 Verzekeringnemer: Degene die de verzekeringsovereenkomst met verzekeraar is aangegaan.

1.71 Verzekeringsduur: De termijn waarbinnen een verzekeringsovereenkomst tussen verzekeraar en verzekerde ononderbroken van kracht is.

1.72 Vroegsignalering: Door middel van Vroegsignalering wordt bij langdurig verzuim door arbeidsongeschiktheid inzicht gegeven in de kans op hervatting van het eigen werk,

de kans op vervangend werk dan wel de kans aanspraak te gaan maken op de WAO.

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

1.74 Zelfstandig behandelcentrum: Een in Nederland gelegen centrum voor specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

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

1.76 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.

1.77 Zorgmakelaar: De Zorgmakelaar van verzekeraar.

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

,

2. DEKKING

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

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

Tenzij anders is vermeld, sluit de indeling van de rubrieken en omschrijvingen aan bij de Uniforme Particuliere Tarieven (UPT) voor tandartsen. De procentuele vergoeding is gebaseerd op de officieel goedgekeurde CTG-tarieven, danwel op de in de individuele overeenkomsten vastgestelde tarieven.

2.1 Behandelingen:

2.1.1 anesthesie

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

2.1.2 wortelkanaalbehandelingen

E10 guttapercha	100%
E15 als E10 voor elk volgend kanaal	100%
E20 pasta	100%
E25 als E20 voor elk volgend kanaal	100%
E30 mortaalamputatie	100%
E60 vitaal amputatie/partiële pulpotomie	100%
E76 initiële wortelkanaal behandeling per element tijdens waarneming	100%
E85 elektronische lengte bepaling	100%

2.1.3 chirurgische ingrepen

H10	extractie	100%
H15	volgende extractie in dezelfde zitting en hetzelfde kwadrant	100%
H20	hechten, per alveole	100%
H21	kosten hechtmateriaal	100%
H25	uitgebreid wondtoilet	100%
H26	hechten weke delen	100%
H30	gecompliceerde extractie zonder mucoperiostale opklap	100%
H40	correctie processus alveolaris per kaak	100%
H41	frenulum extirpatie	100%
H70	lappige fibromen Schlotterkamm, tubercorrecties etc, enkelzijdig per kaak	100%
H75	lappige fibromen Schlotterkamm, tubercorrecties etc, dubbelzijdig per kaak	100%
H80	alveolotomie, enkelzijdig per kaak	100%

2.1.4 vullingen

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

V10	pitvulling (amalgaam/composiet)	100%
V11	eenvlaksrestauratie (amalgaam/composiet)	100%
V12	tweevlaks restauratie (amalgaam/composiet)	100%
V13	drievlaksrestauratie (amalgaam/composiet)	100%
V14	kroon van plastisch materiaal (amalgaam/composiet)	100%
V15	directe labiale veneering	100%
V20	etsen t.b.v. composiet (maximaal 6 per kalenderjaar)	100%
V21	etsen in combinatie met etsbare onderlaag (maximaal 6 per kalenderjaar)	100%

2.1.5 diversen

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

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

R00	techniekkosten	100%
R12	tweevlaksinlay	100%
R13	drievlaksinlay	100%
R14	extra voor aangegoten pin	100%
R20	gegoten metalen kroon	100%
R25	gegoten metalen kroon met opgebakken porselein	100%
R26	jacketkroon met schouderpreparatie	100%
R27	jacketkroon zonder schouderpreparatie	100%
R31	opbouw plastisch materiaal	100%
R32	indirecte methode	100%
R33	directe methode	100%
R40	eerste dummy	100%
R45	tweede en volgende in hetzelfde tussendeel	100%
R46	intra-coronaire brugverankering	100%
R49	toeslag brug op 5 of meer pijlerelementen	100%
R50	metalen fixatiekap met afdruk	100%
R55	gipsslot met extra afdruk	100%

R60	etsbrug zonder preparatie	100%
R61	etsbrug met preparatie	100%
R65	toeslag voor elke volgende dummy	100%
R66	toeslag voor elke volgende bevestiging boven het aantal van twee	100%
R70	kroon onder bestaand frame	100%
R71	vernieuwen porseleinen facet	100%
R72	vernieuwen facet plastisch materiaal	100%
R74	opnieuw vastzetten gegoten restauratie	100%
R75	opnieuw vastzetten etsbrug	100%
R76	extra voor gegoten opbouw onder bestaande kroon	100%
R78	indirecte labiale veneering zonder preparatie	100%
R79	indirecte labiale veneering met preparatie	100%

2.1.7 röntgen foto

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

2.1.8 prothesen

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

P00	techniekkosten betreffende P21, P25 en P30 als aanvulling op de vergoeding vanuit de hoofdverzekering (totaal 100%)	25%
P14	individuele afdruk met randopbouw volledige prothese	25%
P21	bovenprothese	25%
P25	onderprothese	25%
P30	boven- en onderprothese als aanvulling op de vergoeding vanuit de hoofdverzekering (totaal 100%)	25%
P36	individuele afdruk zonder randopbouw	25%
P40	toeslag immmediaat prothese per element	25%
P00	techniekkosten partiële prothese	€ 15,88
P10	partiële kunstharsprothese 1-4 elementen, exclusief techniekkosten	100%
P15	partiële kunstharsprothese 5-13 elementen, exclusief techniekkosten	100%
P16	individuele afdruk met randopbouw partiële prothese, exclusief techniekkosten	100%
P29	extra te berekenen voor elk overkapt element	100%
P34	frameprothese met 1 tot 4 elementen	€ 58,67
P35	frameprothese met 5 tot 13 elementen	€ 100,24
De volgende vergoedingen gelden alleen voor partiële prothesen:		
P51	rebasen/relinen per werkstuk indirect zonder randopbouw, exclusief techniekkosten	100%
P52	rebasen/relinen per werkstuk indirect met randopbouw, exclusief techniekkosten	100%
P53	rebasen/relinen per werkstuk direct zonder randopbouw, exclusief techniekkosten	100%

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

Indien een volledige gebitsprothese wordt geleverd door een door verzekeraar gecontracteerde tandprotheticus wordt 25% vergoed.

2.1.9 prothese op implantaten

I85	boven- en onderprothese	€ 181,51
I87	onderprothese	€ 90,76

2.1.10 parodontologie

Het doorlopen van het "parodontologieprotocol" wordt gedurende de gehele verzekeringsduur eenmalig vergoed, waarbij de vergoeding voor het aantal consulten nazorg (T51-T56) is beperkt tot twee. Vergoedingen voor eerder doorlopen stappen in het protocol zijn niet mogelijk. *Achterin dit boekje is inhoudelijke uitleg over het parodontologie protocol opgenomen.*

Uitgevoerd door tandarts of mondhygiënist(e) in loondienst:

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

De initiële behandeling, herbeoordeling en nazorg kunnen, onder de bovenomschreven voorwaarden, worden uitgevoerd door een door verzekeraar gecontracteerde vrijgevestigde mondhygiënist(e), na schriftelijke verwijzing door een tandarts. Vergoed wordt 75% van de in de individuele overeenkomst vastgestelde tarieven.

De volgende verrichtingen, niet vallend onder het parodontologieprotocol, komen voor vergoeding in aanmerking:

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

2.1.11 Gnathologie

Wanneer uit het uitgebreid functieonderzoek blijkt dat er vanuit de betreffende hoofdverzekering aanspraak bestaat op tandheelkundige hulp wegens zeer ernstige craniomandibulaire dysfunctie, dan worden de volgende behandelingen alsnog vergoed:

G01	uitgebreid functieonderzoek (UFO)	100%
G61	instructie spieroefeningen	100%
G62	occlusale spalk (exclusief techniekkosten)	100%
G63	repositiespalk (exclusief techniekkosten)	100%
G64	controlebezoek spalk	100%

2.2 Orthodontie door tandarts

De genoemde vergoedingspercentages gelden voor de door het CTG vastgestelde tarieven.

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

2.3 Orthodontie gegeven door orthodontist

De genoemde vergoedingspercentages gelden voor de door het CTG vastgestelde tarieven.

21001	eerste consult	100%
21002	vervolgconsult	100%
21005	diagnostiek: modelanalyse	100%
21007	controle bezoek	100%
21010	intra orale foto 3 x 4	100%
21011	occlusale opbeet foto	100%
21012	extraorale foto 13 x 18	100%

21013	orthopantomogram	100%
21014	schedelröntgenonderzoek met cephalometrische analyse	100%
21015	idem 21014 zonder analyse	100%
21016	röntgenonderzoek dmv. hand pols foto's	100%
21017	kosten eigen apparatuur orthopantomogram	100%
21030	behandeling uitneembare apparatuur: aanvangstoeslag	100%
21031	behandeling uitneembare apparatuur: overgangstoeslag naar partieel vast	100%
21032	behandeling uitneembare apparatuur: overgangstoeslag naar vaste apparatuur	100%
21033	behandeling uitneembare apparatuur behandelingsmaandtarief t/m 24e maand	50%
21040	behandeling met partieel vaste apparatuur: aanvangstoeslag	100%
21041	behandeling met partieel vaste apparatuur: overgangstoeslag naar vast	100%
21043	behandeling partieel vaste apparatuur behandelingsmaandtarief t/m 24e maand	50%
21050	behandeling met vaste apparatuur: aanvangstoeslag	100%
21053	behandeling vaste apparatuur behandelingsmaandtarief t/m 24e maand	50%
21063	behandeling behandelingsmaandtarief 25e maand e.v.	50%
21200	behandeling met behulp van eenvoudige orthodontische apparatuur	100%
21303	extractie per element	100%
21304	fiberotomie per element	100%

2.4 Second opinion

Wanneer ten aanzien van uit te voeren of uitgevoerde behandelingen behoefte bestaat aan een second opinion kan deze schriftelijk en voorzien van een toelichting worden aangevraagd bij de adviserend tandarts van verzekeraar. Bij voorkeur stelt de verzekerde de behandelend tandarts hiervan op de hoogte en machtigt de adviserend tandarts gegevens op te vragen bij de behandelend tandarts. Alleen op basis van zwaarwegende gronden kan hiervan worden afgeweken.

3. UITSLUITINGEN

Geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt:

3.1 Voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie. 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 in 's-Gravenhage zijn gedeponereerd;

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

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

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

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

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

3.5 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;

3.6 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;

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

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

3.9 Voor tandheelkundige implantaten en de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak;

3.10 Voor een behandeling die verband houdt met ziekten, aandoeningen, afwijkingen of klachten die reeds bestonden vóór of bij het totstandkomen van de verzekeringsovereenkomst 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 verzekeraar vóór de totstandkoming van de verzekeringsovereenkomst van de bewuste ziekten, aandoeningen, afwijkingen of klachten schriftelijk op de hoogte heeft gebracht en verzekeraar bij het aanvaarden van de verzekeringsovereenkomst 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.

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

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

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

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

3.15 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.

4. GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

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

4.2 Het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier alsmede schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk verstrekt, vormen met de door de verzekerde verstrekte gegevens de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daar deel van uit.

Verzwijging, onvolledige en onjuiste beantwoording van door of namens de verzekeraar gestelde vragen kan voor de verzekeraar aanleiding zijn de vernietiging, geheel of gedeeltelijk, van de verzekeringsovereenkomst in te roepen.

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

4.4 Het gebit van de verzekerde dient bij aanvang van de verzekering regelmatig onderhouden en caviteit-vrij te zijn. Gedurende de verzekering dient de verzekerde regelmatig - tenminste een keer per kalenderjaar - zijn gebit te laten controleren door een tandarts. Deze verplichting geldt niet voor dragers van een volledige prothese.

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

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

5. VERPLICHTINGEN

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

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

5.2 Verplichtingen bij schade: aan de verzekeraar, zijn tandheelkundig adviseur of hen die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie.

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

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

6. SCHADE

6.1 De verzekerde is verplicht de originele nota's, die op zodanige wijze gespecificeerd dienen te zijn dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden, uiterlijk 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. 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 na 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de verzekeraar zijn ingediend, komen niet meer voor uitkering in aanmerking.

6.3 Binnen zes weken na de vaststelling van de uitkering zal de verzekeraar het verschuldigde bedrag betalen. Als de 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.

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 gekwetst.

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 tandheekkundige controle, die door de verzekeraar noodzakelijk wordt geacht.

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

6.13 Aansprakelijkheid van derden:

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

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

7. INGANG, DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

7.1 Ingang en duur van de verzekering:

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

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

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

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

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

tenminste voor de duur van twee kalenderjaren moet worden aangegaan. Verzekeringen aangevangen in de loop van een kalenderjaar worden ten minste voor de duur van dat jaar en van de daarop volgende twee kalenderjaren aangegaan.

7.2. Einde van de verzekering:

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

7.2.2 De verzekeraar kan de verzekering niet beëindigen door opzegging, tenzij de beëindiging geschiedt op grond van artikel 4.2 of artikel 8.7 van deze verzekeringsvoorwaarden of indien de verzekeringsnemer of verzekerde zich jegens verzekeraar schuldig maakt aan bedrog, het opzettelijk doen van onjuiste mededeling of andere ernstige misdrijvingen. In die gevallen zal de verzekering eindigen op de dag, waarop het bedoelde feit heeft plaatsgevonden.

7.2.3 De verzekering eindigt op hetzelfde moment als de hoofdverzekering.

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

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

8. PREMIEBETALING

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

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

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

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

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

8.6 Het verval van recht op uitkering wordt geacht te zijn ingegaan op de eerste dag van het tijdvak, waarover de achterstallige premie verschuldigd was. Als de achterstallige premie nog door de verzekeraar wordt aanvaard, gaat het recht op uitkering weer in op de dag volgende op die, waarop deze premie ten kantore van de verzekeraar is voldaan. De verzekeraar kan aan het bedoelde herstel van het recht op uitkering de voorwaarde

verbinden, dat de premie over de periode tot aan de eerstvolgende opzegmogelijkheid, in één keer op voorhand betaald dient te worden.

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

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

9. HERZIENING VAN PREMIE EN VOORWAARDEN

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

- a. de verzekeringsvoorwaarden te allen tijde te wijzigen;
- b. de premies te verhogen zodra zij van oordeel is, dat de uitgaven zodanig zijn gestegen of zullen stijgen, dat deze niet door de geldende premies worden of zullen worden gedekt.

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

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

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

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 Indien verzekerde zich niet met een beslissing van verzekeraar 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 directie van verzekeraar. De directie 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 directie te zijn bevestigd. Het vorenstaande is eveneens van toepassing indien verzekerde klachten heeft over de totstandkoming en/of de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst door verzekeraar.

11.2 Verzekerde kan, nadat door de directie haar definitieve standpunt kenbaar is gemaakt of ingeval binnen een periode van zes weken na ontvangst van het geschil of de klacht de directie niet heeft gereageerd, het geschil of de klacht ter bemiddeling voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag. Verzekerde kan het geschil of de klacht ook voorleggen aan de bevoegde burgerlijke rechter.

11.3 Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Gevolgen Kleine Stelselwijziging (onder voorbehoud van ministeriele goedkeuring): bij het doorgaan van de "kleine stelselwijziging" tandheelkunde zijn de volgende wijzigingen van toepassing:

Toevoegen:

Artikel 2.1 Behandelingen:

2.1.1 consulten

C12 tweede en volgend periodiek preventief onderhoud 100%

2.1.2 tandsteenverwijderen

M50 beperkt 100%

M55 gemiddeld 100%

M59 uitgebreid 100%

Verwijderen (wordt opgenomen in uw Hoofdverzekering):

H10, H15, H20, H21, H25, H26, H30, H35, H40, H41, H42, H43, H44, H50 en H55 (chirurgie van algemene aard)

X10, X21 (röntgendiagnostiek)

“Het parodontologieprotocol”

Sinds 1 januari 1998 is de behandeling van tandvleesproblemen geprotocolleerd. Dat wil zeggen dat de behandeling volgens een bepaald stappenplan en in een vaste volgorde plaats moet vinden.

Het doel van het “parodontologieprotocol” is uw tandvlees zodanig te behandelen en u zo goed mogelijk 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.

Geové RZG vindt het heel belangrijk dat u goede zorg krijgt en vergoedt het volledige protocol dan ook voor 75%. Het betreft een kostbare behandeling en daarom wordt het doorlopen van het protocol éénmaal vergoed voor de totale verzekeringsduur. Dat kan ook voldoende zijn want na het doorlopen van het protocol is uw tandvlees immers weer in een zo goed mogelijke conditie.

U doorloopt de volgende stadia van de protocol-behandeling:

1. Eerste onderzoek: (= initieel onderzoek) met heel veel metingen brengt de tandarts of mondhygiënist de omvang van uw tandvlees-probleem in kaart. Dit onderzoek wordt uitgebreid met u besproken. (de behandelcodes: T11, T12 en T12M)*
2. Beginbehandeling: (= initiële behandeling) de probleemplaatsen worden door de tandarts, parodontoloog of mondhygiënist zeer grondig schoon gemaakt. Tevens krijgt u uitgebreide voorlichting over het onderhoud van uw gebit en uw tandvlees. Dit is van groot belang, want zonder uw inzet kan en zal de behandeling niet het gewenste resultaat opleveren. (T21, T22 en T22M)*
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, T33, T32M en T33M)*
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. Van de consulten nazorg worden er door Geové RZG maximaal twee vergoed. (T51 t/m T56 en T54M)*
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, T61 en T61M)*

Dus 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 polisvoorwaarden van onze Tandheelkundige Verzekeringen is vastgelegd dat eerder doorlopen stappen van het protocol niet worden vergoed. Tevens is vastgelegd dat er maximaal twee consulten nazorg worden vergoed.

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

ZORGVERZEKERAAR

Geove RZG

op een andere manier beter

Schweitzerlaan 6, 9728 NP Groningen, Postbus 64, 9700 MD Groningen,
telefoon (050) 523 33 33, fax (050) 523 34 70, Internet www.geoverzg.nl

A 2003 012002