

Deel B

Omvang Dekking ONVZ Tandfit 2009

De verzekeraar vergoedt de kosten van behandeling zoals hieronder omschreven. Op het polisblad is vermeld welke dekking (Tandfit) van toepassing is.

Vergoed worden de kosten van behandeling door een tandarts of een mondhygiënist volgens wettelijke of marktconforme bedragen. Uitgezonderd zijn de kosten van orthodontie en het bleken van elementen.

Tandfit A

Artikel 1 De gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten). Vergoed wordt 75% van deze kosten tot maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 2 Wanneer sprake is van een ongeval zijn naast de in artikel 1 gedekte kosten bovendien nog verzekerd de extra tandarts- en techniekkosten inclusief de eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen tot een maximum van € 250,- per verzekerde. Hiervoor gelden de volgende voorwaarden:

- de noodzaak van de behandeling is het rechtstreekse gevolg van het ongeval;
- het ongeval en de behandeling moeten plaatsvinden binnen de looptijd van de verzekering;
- het ongeval en de behandeling moeten binnen een maand zijn gemeld;
- de kosten moeten zijn gemaakt binnen een jaar na het ongeval;
- na voorafgaande goedkeuring van de verzekeraar.

Per kalenderjaar wordt voor maximaal één ongeval vergoeding verleend.

Tandfit B

Artikel 1 De gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten). Vergoed wordt 75% van deze kosten tot maximaal € 750,- per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 2 Wanneer sprake is van een ongeval zijn naast de in artikel 1 gedekte kosten bovendien nog verzekerd de extra tandarts- en techniekkosten inclusief de eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen tot een maximum van € 455,- per verzekerde. Hiervoor gelden de volgende voorwaarden:

- de noodzaak van de behandeling is het rechtstreekse gevolg van het ongeval;
- het ongeval en de behandeling moeten plaatsvinden binnen de looptijd van de verzekering;
- het ongeval en de behandeling moeten binnen een maand zijn gemeld;
- de kosten moeten zijn gemaakt binnen een jaar na het ongeval;
- na voorafgaande goedkeuring van de verzekeraar.

Per kalenderjaar wordt voor maximaal één ongeval vergoeding verleend.

Tandfit C

Artikel 1 De gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten). Vergoed wordt 75% van deze kosten tot maximaal € 1.500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 2 Dezelfde dekking zoals omschreven onder Tandfit B artikel 2.

Tandfit D

Artikel 1 De gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) tot maximaal € 1.500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 2 Dezelfde dekking zoals omschreven onder Tandfit B artikel 2.

Tandheelkundige kosten buiten het woonland

- Artikel 1 Voor de kosten van tandheelkundige hulp gemaakt buiten het woonland zal vergoeding per consult of behandeling plaatsvinden tot ten hoogste het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag van een overeenkomstige behandeling in Nederland tot het in de Tandfit A, B, C en D genoemde maximale bedrag.
- Artikel 2 Gedeclareerde nota's van buitenlandse zorgverleners die voor vergoeding in aanmerking komen, worden uitbetaald in euro's overeenkomstig de wisselkoers op de datum waarop verwerking plaatsvindt