

1 Omvang van de verzekering

1.1 Tandartskosten

De maatschappij vergoedt, volgens de bepalingen van deze polis, 75% van de kosten van tandheelkundige hulp aan verzekerde(n):

- gemaakt tijdens de duur van de verzekering;
- door een in Nederland gevestigde tandarts in rekening gebracht;
- tot het maximum bedrag dat, per verzekerde, op het polisblad is vermeld.

Vergoeding per soort behandeling geschiedt op basis van het door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg krachtens de Wet Tarieven Gezondheidszorg vastgestelde rechtsgeldige tarief (UPT).

Voor de vaststelling van het recht op vergoedingen is bepalend het tijdstip waarop de desbetreffende kosten zijn gemaakt.

1.2 Techniekkosten

Niet vergoed worden techniekkosten.

1.3 Tandtechnici

Niet vergoed worden de kosten van tandtechnische behandelingen verricht door tandtechnici, ook als deze geschieden onder naam van de tandarts.

1.4 Tandtechnische inrichtingen

Niet vergoed worden de kosten van verrichtingen en leveringen door tandheelkundige instituten - ook tandtechnische inrichtingen genaamd -, alsmede verrichtingen en leveringen door artsen, tandartsen of tandheelkundigen, die hun diensten verrichten in relatie met of ten behoeve van genoemde instituten en inrichtingen.

1.5 Mondhygiënist(e)

Vergoed worden, voor 75%, de kosten van verrichtingen door een mondhygiënist(e).

1.6 Extra vergoeding bij een ongeval

Extra tandarts- en techniekkosten ten gevolge van een ongeval worden niet vergoed.

1.7 Buitenland

Voor tandartskosten gemaakt buiten Nederland bestaat geen recht op vergoeding.

2 Uitsluitingen

2.1 Ontbrekende elementen

Niet vergoed worden de kosten van het opvullen van diastemen (ontbrekende elementen) die op het moment van ingang van de verzekering aanwezig waren.

2.2 Verzuimde afspraken

Niet vergoed worden de kosten van verzuimde afspraken.

2.3 Behandelingsadviezen

Niet vergoed worden de kosten van behandelingsadviezen.

2.4 Vergoeding van elders

Niet vergoed worden de kosten indien - zo deze verzekering niet bestond - door de verzekeringnemer of een verzekerde aanspraak zou kunnen worden gemaakt op vergoeding van schade, respectievelijk kosten van enige andere verzekering al dan niet van oudere datum, respectievelijk op grond van enige wet of andere voorziening. Deze verzekering is dan eerst in tweede plaats geldig; in zo'n geval zal alleen die schade, respectievelijk die kosten, voor vergoeding in aanmerking komen, welke het bedrag te boven gaat waarop de verzekeringnemer of een verzekerde elders aanspraak zou kunnen doen gelden.

2.5 Molest

Niet vergoed worden de kosten welke zijn ontstaan door of verband houden met:

- gewapend conflict, burgeroorlog, onlusten, oproer, opstand of munitie, van welke begrippen de definities door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 November 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te Den Haag zijn gedeponereerd;
- atoomkernreactie of radioactiviteit, tenzij dit laatste verband houdt met een medische behandeling van de betrokken verzekerde.

3 Begripsomschrijvingen

3.1 De maatschappij

Royal Nederland Schadeverzekering N.V., statutair gevestigd te Rotterdam.

3.2 Verzekeringnemer

Degene die bij de maatschappij een verzekering heeft gesloten als omschreven in deze polis.

3.3 Verzekerde

Ieder van de als zodanig op het polisblad vermelde personen.

3.4 Tandarts

Een persoon die, in Nederland, door de bevoegde instanties is erkend als tandarts.

3.5 Mondhygiënist(e)

Een persoon, die in Nederland door de bevoegde instanties is erkend als zelfstandig of in teamverband werkzaam mondhygiënist(e) of als zodanig werkzaam is in een praktijk van een tandarts (de wet B.I.G. is van toepassing).

3.6 Ongeval

Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van verzekerde, van buiten af en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt of prothetische voorzieningen zijn beschadigd.

4 Grondslag van de verzekering

4.1 Aanvraagformulier

De grondslag van deze verzekeringsovereenkomst is het door de verzekeringnemer en/of verzekerde volledig ingevulde en ondertekende aanvraagformulier, eventuele andere (schriftelijke) gegevens verstrekt door verzekeringnemer of verzekerde(n), alsmede het/de door de tandarts ingevulde en ondertekende keuringsrapport(en).

4.2 Verzwijging

De verzwijging van de voor beoordeling van het risico van belang zijnde feiten en omstandigheden, betrekking hebbende op de verzekeringnemer en/of verzekerde(n), alsmede onjuiste of onvolledige beantwoording van de door of namens de maatschappij gestelde vragen kunnen voor de maatschappij reden zijn zich op ongeldigheid van de verzekeringsovereenkomst te beroepen.

4.3 Hogere vergoeding dan overeengekomen

Indien en voor zover de maatschappij meer vergoedt dan zij volgens de polisvoorwaarden is verplicht, wordt de verzekeringnemer geacht aan de maatschappij een volmacht tot incasso te hebben verleend op naam van de maatschappij van het door of namens de verzekeringnemer teveel betaalde.

5 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde(n)

5.1 Medewerking

Desgevraagd dient medewerking te worden verleend:

- aan de maatschappij, aan haar tandheelkundig adviseur of aan hen die met de controle zijn belast tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
- aan een gebitsonderzoek, voor rekening van de maatschappij, door een door de maatschappij aangewezen tandarts.

5.2 Toestemming vooraf bij een flapoperatie

Bij een flapoperatie dient vooraf toestemming door de maatschappij te worden verleend. Dit dient tijdig te worden aangevraagd, zodat de maatschappij voldoende gelegenheid heeft alle gewenste informatie te verkrijgen en om op grond hiervan tot een besluit te komen.

5.3 Andere tandarts

Bij verandering van tandarts dient de nieuw gekozen tandarts een tandheelkundige verklaring in te vullen, welke voorafgaand aan de eerste behandeling door verzekerde dient te worden ingezonden ter beoordeling door de maatschappij.

5.4 Nota's

- Nota's voor tandheelkundige hulp dienen vergezeld te zijn van het door de tandarts ingevulde specificatieformulier volgens het model dat hiervoor is vastgesteld door de organisaties van tandartsen en verzekeraars;
- Originele nota's betreffende een verstreken kalenderjaar dienen voor 1 juli van het daaropvolgende jaar bij de verzekeraar te zijn ingediend. De nota's dienen op zodanige wijze gespecificeerd te zijn dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de maatschappij is gehouden. Computernota's dienen door de zorgverlener gewaarmerkt te zijn.

5.5 Verhaal

De maatschappij dient alle medewerking te worden verleend bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde.

5.6 Belangen van de maatschappij geschaad

Wanneer de belangen van de maatschappij worden geschaad door het niet nakomen van de hiervoor vermelde verplichting(en) behoeft de maatschappij geen kosten te vergoeden.

6 Premie

6.1 Premiebetaling

De verzekeringnemer is verplicht de premie en de kosten (hierna te noemen de premie) vooruit te betalen, doch uiterlijk binnen 30 dagen nadat zij verschuldigd zijn geworden.

6.2 Niet (tijdig) betalen, Opschorting

Bij niet (tijdig) betalen van de premie, binnen de gestelde termijn van 30 dagen (zie artikel 6.1), wordt de dekking opgeschort per de eerste dag (de vervaldag) van de periode waarover de premie verschuldigd was, zonder dat enige ingebrekestelling door de maatschappij is vereist. Tandheelkundige behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie komen niet voor vergoeding in aanmerking. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen.

6.3 Incassokosten

Indien de maatschappij, in verband met niet (tijdig) betalen, maatregelen treft tot incasso van haar vordering, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer.

6.4 Geen vergoeding van kosten tijdens opschorting

Kosten die gemaakt of verwacht worden, al dan niet noodzakelijk, welke zijn ontstaan of zich hebben geopenbaard in de tijd dat de dekking was opgeschort worden niet vergoed.

6.5 Dekking weer van kracht

De opgeschorte dekking in verband met niet (tijdig) betalen wordt pas weer van kracht op de dag, volgend op die, waarop het totaal verschuldigde bedrag, inclusief de incasso-kosten, door de maatschappij is ontvangen en geaccepteerd.

6.6 Verrekening

Het is de verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met een van de maatschappij te vorderen vergoeding.

6.7 Teruggave premie

Teruggave van premie over de nog niet verstreken periode van de verzekering vindt slechts plaats in geval van:

- overlijden van een verzekerde, en wel per de eerste van de maand volgend op die waarin de verzekerde is overleden;
- beëindiging van de verzekering grond van artikel 9;
- beëindiging als bedoeld in artikel 7.3 sub b, en wel per de datum van vertrek naar het buitenland;
- vertrek voor onbepaalde duur van een verzekerde naar het buitenland.

7 Duur en beëindiging van de verzekering

7.1 Contractsduur

De verzekering is aangegaan voor de periode die op het polisblad is genoemd en wordt daarna telkens stilzwijgend met de op het polisblad genoemde contractsduur verlengd.

7.2 Beëindiging door verzekeringnemer

De verzekering eindigt:

- aan het einde van de verzekeringsperiode indien de verzekeringnemer tenminste 3 maanden voor het verstrijken van deze periode de verzekering schriftelijk heeft opgezegd;
- indien de verzekeringnemer de verzekering opzegt op grond van het bepaalde in artikel 9.

7.3 Automatische beëindiging

De verzekering eindigt voor een verzekerde automatisch:

- door overlijden;
- op het tijdstip waarop hij/zij ophoudt Nederlands ingezetene te zijn.

7.4 Beëindiging door de maatschappij

De verzekering eindigt door opzegging door de maatschappij:

- indien getracht wordt op enigerlei wijze vergoedingen van de maatschappij te verkrijgen waarop geen recht bestaat. De verzekering eindigt met onmiddellijke ingang, op de datum waarop de maatschappij de verzekering schriftelijk opzegt. De maatschappij heeft het recht om eventueel op deze wijze verkregen vergoedingen terug te vorderen.
- Indien de verzekeringnemer zijn verplichtingen als bepaald in artikel 6 niet nakomt.

8 Wijzigingen in de persoonlijke situatie

8.1 Melding

De verzekeringnemer is verplicht iedere wijziging die invloed heeft op de rechten en plichten uit deze verzekeringsovereenkomst zo spoedig als mogelijk is, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de maatschappij mede te (doen) delen. De wijzigingen die bedoeld worden zijn onder meer:

- overlijden;
- verhuizing;
- verandering van bank- of postbankrekening-nummer.

Indien door het nalaten van het hierboven bepaalde de belangen van de maatschappij worden geschaad, vervalt een eventueel recht op restitutie van premie en behoeft de maatschappij geen kosten te vergoeden.

8.2 Adres

Kennisgevingen door de maatschappij worden geacht rechtsgeldig te zijn geschied aan de verzekeringnemer indien deze zijn gedaan aan diens laatst bij de maatschappij bekende adres of aan het adres van de tussenpersoon, door wiens bemiddeling deze verzekering loopt. De verzekeringnemer is verplicht de maatschappij zo spoedig mogelijk op de hoogte te brengen van zijn adreswijziging.

9 Wijziging van premie en/of voorwaarden

9.1 Herziening

Indien de maatschappij haar premie en/of voorwaarden voor soortgelijke (groepen van) verzekeringen herziet, mag zij voorstellen dat ook deze verzekering aan de gewijzigde premie en/of voorwaarden wordt aangepast met ingang van een door de maatschappij vast te stellen datum. De maatschappij doet van deze herziening een schriftelijke mededeling aan de verzekeringnemer.

9.2 Recht van opzegging

De verzekeringnemer heeft het recht om met een dergelijke herziening niet akkoord te gaan. Indien de verzekeringnemer dit binnen 30 dagen na de vastgestelde herzieningsdatum schriftelijk aan de maatschappij heeft meegedeeld, wordt de verzekering beëindigd met ingang van de bedoelde herzieningsdatum. Over de niet verstreken periode waarover premie is betaald, vindt restitutie van premie plaats.

9.3 Geen recht van opzegging

De verzekeringnemer heeft geen recht op de hierboven vermelde mogelijkheid tot opzegging:

- bij herziening van de premie en/of voorwaarden, die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen;
- bij een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking;
- bij een uitbreiding van de dekking zonder een hogere premie;
- bij een herziening, die onmiddellijk voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door een verzekerde (zie artikel 6.1);
- indien op één polis meerdere polisvoorwaarden, zoals Top Dekking en/of Uitgebreide dekking en/of Basis Dekking en/of aanvullende dekking van toepassing zijn. Het recht van opzegging geldt dan uitsluitend voor die verzekerde(n) of dekkingen waarvoor de premie en/of voorwaarden wordt/worden aangepast. Dit steeds met inachtneming van de andere, in dit artikel, gestelde voorwaarden.

10 Geschillen

Geschillen over deze verzekeringsovereenkomst zijn onderworpen aan het Nederlands recht, tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen. De rechter in Rotterdam of Amsterdam is bevoegd over eventuele geschillen uitspraak te doen.

11 Onafhankelijke klachtenbehandeling

Geschillen en/of klachten die voortvloeien uit deze overeenkomst, kunnen worden voorgelegd aan:

- Stichting Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag;
- de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag;
- de Beroepscommissie WTZ (m.b.t. Standaard (pakket)polissen), Postbus 160, 3990 DD Houten.

12 Privacy-bescherming

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de maatschappij gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacy-reglement van toepassing, alsmede de gedragscode 'Verwerking persoonsgegevens verzekeringsbedrijf'. In deze gedragscode worden de rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven.