

# Tandheelkundige Verzekering T1/T2

als aanvulling op de hoofdverzekeringen van Geové  
Verzekeringsvoorwaarden, ingaande 1 januari 2003

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

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

**1.20 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 lastenaftrek 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), de Nederlandse Werkgroep Praktijzjns (NWP) 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 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 Bepaling Hulpmiddelen van verzekeraar 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 Ziektekostenregelingen 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 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.

**1.45 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 Ziektekostenregelingen 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 genoemde 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 Tandheelkunde.

**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) 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 beschikt over het opleidingscertificaat van 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, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

**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 Nederlandse 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 Spoedeisende zorg in het buitenland:** Situatie waarin de gezondheidstoestand van verzekerde onmiddellijk geneeskundige verzorging noodzakelijk maakt en niet kan worden uitgesteld tot terugkomst in Nederland.

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

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

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

**1.67 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.

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

**1.69 Verzekeraar:** Onderlinge Waarborgmaatschappij Geové U.A.

**1.70 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.

**1.71 Verzekeringnemer:** Degene die de verzekeringsovereenkomst met verzekeraar is aangegaan.

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

**1.73 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.

**1.74 Wet BIG:** Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

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

**1.76 Ziekenfonds:** Een rechtspersoon overeenkomstig artikel 34 van de Ziekenfondswet.

**1.77 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.

**1.78 Zorgmakelaar:** De Zorgmakelaar van verzekeraar.

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

## 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

- C11 periodiek preventief onderzoek, eerste in kalenderjaar
- C12 periodiek preventief onderzoek, tweede en volgende in hetzelfde kalenderjaar
- C13 incidenteel consult
- C29 studiemodel t.b.v. opstellen behandelplan

#### II. Röntgendiagnostiek

- X 10 intra-orale foto

#### III. Preventieve behandelingen

- 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 eenvlak restauratie
- V 12 tweevlaks restauratie
- V 13 drievlaks restauratie/klasse IV hoekopbouw
- V 14 amalgaamkroon/composietkroon
- V 15 directe labiale veneering
- 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 76 initiële wortelkanaalbehandeling per kanaal

**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 gehele verzekeringsduur eenmalig vergoed, waarbij de vergoeding voor het aantal consulten nazorg (T51-T56) is beperkt tot twee. Kosten voor eerder doorlopen fases van het protocol komen niet voor vergoeding in aanmerking. Achterin dit boekje is *inhoudelijke uitleg over het parodontologieprotocol opgenomen*.

Uitgevoerd door tandarts of mondhygiënist(e) in loondienst:

- T 11 onderzoek met pocketstatus  
of
- 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 interdentale 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 retromolaar 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	€ 40,84
Initiële behandeling per gebitselement	€ 7,83
Herbeoordeling	€ 40,84
Uitgebreid bespreken vervolgetraject	€ 13,61
Consult nazorg	€ 27,23
Eindevaluatie	€ 40,84

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

T81	tuber- of retromolaar 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	€ 25,64
P 02	indirect met randopbouw	€ 54,91
P 03	direct zonder randopbouw	€ 36,53
P 04	direct met randopbouw	€ 54,91
P 10	partiële plaatprothese 1 - 4 elementen	€ 51,73
P 14	individuele afdruk met randopbouw	€ 37,89
P 15	partiële plaatprothese 5 - 13 elementen	€ 103,01
P 18	extra voor gegoten anker per stuk	€ 10,21
P 21	bovenprothese	€ 103,01
P 25	onderprothese	€ 137,50
P 30	volledige prothese	€ 223,71
P 34	frame prothese 1 - 4 elementen	€ 141,13
P 35	frame prothese 5 - 13 elementen	€ 192,86
P 36	individuele afdruk zonder randopbouw	€ 17,24

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

P 51	rebasen (per werkstuk) indirect zonder randopbouw	€ 24,05
P 52	rebasen (per werkstuk) indirect met randopbouw	€ 51,73
P 53	rebasen (per werkstuk) direct zonder randopbouw	€ 34,49
P 54	rebasen (per werkstuk) direct met randopbouw	€ 51,73
P 57	reparatie van de prothese zonder afdruk	€ 9,98
P 79	bijplaatsen van elementen en/of ankers, uitbreiden partiële prothese met afdruk	€ 27,45

### Overkappingsprothesen op implantaten

I 85	boven- en onderprothese	€ 181,51
I 87	onderprothese	€ 90,76

## 2.3 Gnatologie

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;

G 01	Uitgebreid functieonderzoek (UFO)	100%
G 61	Instructie spieroefeningen	100%
G 62	Occlusale spalk (exclusief techniekkosten)	100%

G 63	Repositiespalk (exclusief techniekkosten)	100%
G 64	Controlebezoek spalk	100%

#### 2.4 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 zonder preparatie
- R 61 etsbrug met preparatie
- R 65 etsbrug, elke volgende dummy in hetzelfde tussendeel
- R 66 etsbrug, elke volgende bevestiging boven aantal van twee

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

#### 2.5 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 subsi-

dieregeling dan wel een andere (verzekerings)overeenkomst, ongeacht het tijdstip waarop deze van kracht is geworden c.q. is aangegaan, aanspraak op vergoeding van verzekerde kosten of op 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 vermindering 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 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.

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

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

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

**3.13** 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.

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

#### **4. GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING**

**4.1** Tot de tandheelkundige verzekering kunnen toetreden degenen die krachtens een hoofdverzekering zijn of worden verzekerd bij 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 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 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 verzekeraar tijdig alle inlichtingen te verschaffen, die in verband met de verzekering door 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 verzekeraar verzonden aan het laatst bekende adres van verzekerde, worden geacht de verzekerde te hebben bereikt.

**5.2 Verplichtingen bij schade:** aan 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 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 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 verzekeraar geschaad kunnen worden.

Indien de in deze voorwaarden genoemde verplichtingen niet zijn nagekomen en daardoor de belangen van 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 verzekeraar is gehouden, uiterlijk 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij 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 na 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij verzekeraar zijn ingediend, komen niet meer voor uitkering in aanmerking.

**6.3** Binnen zes weken na de vaststelling van de uitkering, zal 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 verzekeraar meer vergoedt dan de officieel goedgekeurde tarieven, wordt de verzekerde geacht de verzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van verzekeraar, van het door de verzekerde teveel betaalde.

**6.5** Indien betalingen aan anderen dan de verzekerden worden gedaan is verzekeraar rechtsgeldig gekwetst.

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

**6.7** Ingeval door 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 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 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 verzekeraar onmiddellijk te informeren.

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

### **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 min-

ste twee kalenderjaren 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** Verzekeraar kan de verzekering niet beëindigen door opzegging, tenzij de beëindiging geschiedt op grond van artikel 4.6 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 misdragingen. 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.

**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 verzekeraar verschuldigd.

**8.3** De premie wordt voldaan tegen afgifte van een door 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 verzekeraar wordt aanvaard, gaat het recht op uitkering weer in op de dag volgende op die, waarop deze premie ten kantore van verzekeraar is voldaan. 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** 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 verzekeraar te vorderen vergoeding.



**8.7** Indien het recht op uitkering om bovengenoemde reden is vervallen, is 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 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** 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** Verzekeraar zal voor de datum van ingang van de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden of van de premieverhoging de wijzigingen aan de verzekerde meedelen.

**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 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. PERSOONSGEGEVENS

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens worden door verzekeraar gebruikt voor het accepteren van een aanvraag, het uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst en de wettelijke regelingen. Tevens worden persoonsgegevens gebruikt voor overige activiteiten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering, zoals ten behoeve van fraudepreventie of om te informeren over relevante producten en diensten. Voor nadere informatie kan de website [www.geove.nl](http://www.geove.nl) worden bezocht.

## 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 verzekeraar, ter attentie van de afdeling KBB, Postbus 64 9700 MD te Groningen. Verzekeraar 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 verzekeraar 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 verzekeraar haar definitieve standpunt kenbaar is gemaakt of ingeval binnen een periode van zes weken na ontvangst van het geschil of de klacht verzekeraar 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.



