



**STAD ROTTERDAM
VERZEKERINGEN**

N.V. Maatschappij van Assurantie,
Discontering en Beleening
der Stad Rotterdam Anno 1720
K.v.K. Rotterdam 24006247

TANDARTSKOSTENVERZEKERING

ALGEMENE VOORWAARDEN

1 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

1. Geneesmiddelen:

De als zodanig door een tandarts voorgeschreven:

- geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd;
- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd;

2. Maatschappij:

De op de eerste pagina van dit document genoemde vennootschap;

3. Ongeval:

Een gebeurtenis waarbij de verzekerde een geneeskundig vast te stellen letsel is toegebracht door een plotseling op het lichaam inwerkend van buiten komend geweld;

4. Tandarts:

Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig is geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie;

5. Verzekerde(n):

Degene(n) die als zodanig op het polisblad is (zijn) vermeld;

6. Verzekeringnemer:

Degene met wie de verzekering is aangegaan en die als zodanig op het polisblad is vermeld.

2 GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

Aan deze overeenkomst liggen ten grondslag de in het aanvraagformulier verstrekte opgaven en inlichtingen alsmede - indien medische keuring heeft plaatsgevonden - de bij de keuring door verzekerde verstrekte gegevens. Verzwijging alsmede onjuiste of onvolledige opgave heeft tot gevolg dat de maatschappij niet tot vergoeding van enige kosten is gehouden. Bovendien heeft de maatschappij in dat geval het recht zich op vernietigbaarheid van deze verzekering te beroepen.

OMVANG VAN DE DEKKING

3

1. Tandheelkundige hulp als aanspraak bestaat op de Tandartskostenverzekering Plus

a. Vergoeding wordt verleend voor 75% van de kosten (inclusief techniekkosten en honorarium) tot een maximum van € 460,- (f 1.013,71) per kalenderjaar voor de artikelen 3 lid 1a tot en met artikel 3 lid 1b tezamen voor de volgende tandheelkundige behandelingen uitgevoerd door een tandarts:

- consultatie en diagnostiek;
- röntgendiagnostiek;
- preventie en mondhygiëne;
- anesthesie;
- restauraties door middel van plastische materialen;
- pulpabehandeling (endodontie);
- restauraties door middel van niet plastische materialen;
- chirurgische ingrepen;
- uitneembare prothetische voorzieningen;
- meervlakinlays, kronen en brugdelen gezamenlijk tot ten hoogste vier elementen per kalenderjaar;
- uitneembare prothetische voorzieningen (exclusief reparatiekosten) tot eenmaal per vijf kalenderjaren.

b. Vergoeding wordt verleend voor 50% van de kosten van parodontologie uitgevoerd door een tandarts tot een maximum van € 460,- (f 1.013,71) per kalenderjaar voor de artikelen 3 lid 1a tot en met artikel 3 lid 1b tezamen.

2. Tandheelkundige hulp als aanspraak bestaat op de Tandartskostenverzekering Totaal

a. Vergoeding wordt verleend voor 75% van de kosten (inclusief

techniekkosten en honorarium) voor de volgende tandheelkundige behandelingen uitgevoerd door een tandarts:

- consultatie en diagnostiek;
- röntgendiagnostiek;
- preventie en mondhygiëne;
- anesthesie;
- restauraties door middel van plastische materialen;
- pulpabehandeling (endodontie);
- restauraties door middel van niet plastische materialen;
- chirurgische ingrepen;
- uitneembare prothetische voorzieningen;
- meervlakinlays, kronen en brugdelen gezamenlijk tot ten hoogste vier elementen per kalenderjaar;
- uitneembare prothetische voorzieningen (exclusief reparatiekosten) tot eenmaal per vijf kalenderjaren.

b. Vergoeding wordt verleend voor 50% van de kosten van parodontologie uitgevoerd door een tandarts.

3. Specialistische behandelingen

Onder de dekking zijn niet begrepen behandelingen en kosten welke verband houden met en/of voortvloeien uit gebitsregulatie (orthodontie), kaakafwijkingen (gnathologie) en implantaten (orale implantologie).

Voor deze vormen van bijzondere en specialistische tandheelkunde bestaat veelal een goede dekking op de basisziektekostenverzekering.

Vergoeding per soort behandeling geschiedt op basis van door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) krachtens de Wet Tarieven Gezondheidszorg vastgestelde rechtsgeldig tarief.

4

1. Verzekeringsgebied

De verzekering is van kracht in Nederland en binnen de overige lidstaten van de Europese Unie.

Voor spoedeisende tandheelkundige hulp, indien en voor zover deze betrekking hebben op het verhelpen van directe pijnklachten waarvan de behandeling niet kan worden uitgesteld, is deze verzekering zonder voorafgaande toestemming van kracht in de gehele wereld.

Voor de buiten Nederland gemaakte kosten zal vergoeding plaatsvinden overeenkomstig de in de 'Omvang van de dekking' genoemde maxima. Deze vergoeding geschiedt in Nederland in Nederlandse valuta op basis van de omrekenkoers zoals deze geldt op de dag waarop de nota is gedateerd.

2. Extra dekking bij een ongeval

Indien een verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering een ongeval overkomt, worden per ongeval de extra tandarts- en techniekkosten vergoed, mits deze extra kosten zijn gemaakt binnen een jaar na het ongeval.

Deze vergoeding bedraagt:

- ten hoogste € 140,- (f 308,52) per beschadigd element aan het natuurlijke gebit;
- ten hoogste € 460,- (f 1.013,71) per verzekerde aan bestaande prothetische voorzieningen.

UITSLUITINGEN

5

Geen vergoeding wordt verleend voor:

- de kosten ten aanzien waarvan krachtens een andere overeenkomst, een der sociale verzekeringswetten, enige regeling van overheidswege of enigerlei subsidieregeling aanspraak op vergoeding of op verstrekking kan worden gemaakt;
- de kosten die zijn gemaakt in de tijd dat deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van tandheelkundige behandeling bepalend is;

3. de kosten als gevolg van het feit dat verzekeringsnemer of een verzekerde enige verplichting, welke krachtens deze voorwaarden op hen rust, niet zijn nagekomen en daardoor de belangen van de maatschappij hebben geschaad, dan wel onjuiste of onvolledige mededelingen hebben gedaan;
4. de kosten van verzuimde afspraken;
5. de kosten van geneesmiddelen, welke ook zonder recept verkrijgbaar zijn;
6. de kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer, mouterij.

Hieronder wordt verstaan:

- a. Gewapend conflict: elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de een de ander, gebruikmakend van militaire machtsmiddelen, bestrijden. Onder gewapend conflict wordt mede verstaan het gewapend optreden van een Vredesmacht van de Verenigde Naties;
- b. Burgeroorlog: een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen de inwoners van eenzelfde staat, waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat betrokken is;
- c. Opstand: georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat gericht tegen het openbaar gezag;
- d. Binnenlandse onlusten: min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat;
- e. Oproer: een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging gericht tegen het openbaar gezag;
- f. Mouterij: een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige bewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.

De zes genoemde vormen van molest alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's Gravenhage is gedeponereerd.

7. de kosten welke zijn veroorzaakt door of verband houden met atoomkernreacties en de daarbij ontstane splitsingsproducten, onverschillig hoe de reacties zijn ontstaan, tenzij opgetreden bij een medische behandeling van een verzekerde.

Deze uitsluiting geldt niet met betrekking tot kosten veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich overeenkomstig hun bestemming buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële commerciële landbouwkundige, medisch wetenschappelijke, onderwijskundige, of (niet-militaire) beveiligingsdoeleinden, mits er een door enige overheid afgegeven vergunning (voor zover vereist) 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) alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip.

VERPLICHTINGEN IN GEVAL VAN SCHADE

6

Verzekeringsnemer is verplicht er voor te zorgen:

1. dat uitsluitend originele nota's worden ingediend, welke zodanig vergezeld dienen te gaan van het door de tandarts ingevulde specificatieformulier volgens het model dat hiervoor is vastgesteld door de organisatie van tandartsen en verzekeraars, opdat zonder verdere navraag kan worden nagegaan tot welke vergoeding de maatschappij is gehouden;
2. dat aan de maatschappij, haar tandheelkundig adviseur of aan degene die voor een controle is aangewezen, alle medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van inlichtingen;

3. dat medewerking wordt verleend aan een voor rekening van de maatschappij te verrichten gebitsonderzoek door een door de maatschappij aangewezen tandarts.
4. dat alle nota's binnen 6 maanden nadat de behandeling heeft plaatsgevonden bij de maatschappij worden ingediend.

PREMIEBETALING

7

Verzekeringsnemer is verplicht de premie en kosten bij vooruitbetaling te voldoen binnen 30 dagen nadat zij verschuldigd worden.

Indien verzekeringsnemer het verschuldigde niet tijdig betaalt of weigert te betalen, wordt geen vergoeding verleend voor kosten van tandheelkundige behandelingen welke worden gemaakt als gevolg van klachten welke een tandheelkundige behandeling noodzakelijk dan wel wenselijk maken gedurende de tijd dat de verzekering niet van kracht was. Een nadere ingebrekestelling door de maatschappij is daardoor niet vereist. Verzekeringsnemer dient het verschuldigde alsnog te betalen.

De dekking gaat weer in na de dag waarop het verschuldigde door de maatschappij is ontvangen en geaccepteerd.

Bij tussentijdse opzegging -behalve bij opzegging wegens opzet de maatschappij te misleiden- vindt restitutie van de lopende premie naar evenredigheid plaats.

WIJZIGING VAN PREMIE EN/OF VOORWAARDEN

8

De maatschappij heeft het recht de premie en/of voorwaarden van bepaalde groepen verzekeringen en-bloc te wijzigen. Behoort deze verzekering tot die groep, dan is zij gerechtigd de premie en/of voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aan te passen en wel met ingang van de eerstvolgende premievervaldag na invoering van de wijziging.

Verzekeringsnemer wordt van de wijziging in kennis gesteld en wordt geacht hiermee te hebben ingestemd, tenzij hij binnen dertig dagen na de premievervaldag aan de maatschappij schriftelijk het tegendeel heeft bericht. In dat laatste geval eindigt deze verzekering op de eerstgenoemde vervaldag.

De mogelijkheid van opzegging van deze verzekering door verzekeringsnemer geldt niet indien:

1. de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen en bepalingen;
2. de premie wordt verhoogd binnen de door de overheid daaraan gestelde grenzen;
3. de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;
4. de wijziging een uitbreiding van de dekking met een niet hogere premie inhoudt.

EINDE VAN DE VERZEKERING

9

1. Deze verzekering eindigt bij opzegging door verzekeringsnemer tegen het einde van een op het polisblad genoemde termijn, mits de opzegging schriftelijk geschiedt en een termijn van tenminste 2 maanden in acht wordt genomen.

Een eenmaal door de maatschappij geaccepteerde verzekering kan door haar nimmer worden opgezegd, behalve in de navolgende gevallen:

- a. indien verzekeringsnemer zijn verplichting tot premiebetaling, zulks omschreven in artikel 7, niet nakomt en de maatschappij om

- die reden deze verzekering op een door haar te bepalen tijdstip opzegt;
- b. indien verzekeringsnemer de wijziging van premie en/of voorwaarden overeenkomstig artikel 8 weigert;
 - c. indien sprake is van omstandigheden als omschreven in artikel 2 op een door haar te bepalen tijdstip.
2. De verzekering eindigt voor de betreffende verzekerde automatisch op het moment waarop deze zich in het buitenland vestigt.

PERSOONSREGISTRATIE

De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering verstrekte persoonsgegevens worden door de maatschappij verwerkt ten behoeve van het aangaan en het uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en/of financiële diensten en het beheren van daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand.

Op deze verwerking van persoonsgegevens is de gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf" van toepassing. In deze gedragscode worden rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst van de gedragscode kunt u opvragen bij het informatiecentrum van het Verbond van Verzekeraars, Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon: (070) 333 87 77.

TOEPASSELIJK RECHT EN KLACHTEN

1. **Toepasselijk recht.**
Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.
2. **Klachten**
 - a. **Intern klachtenbureau**
Klachten die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst kunnen worden voorgelegd aan het interne klachtenbureau van de maatschappij.
 - b. **Stichting Klachteninstituut Verzekeringen (SKV)**
Wanneer het oordeel van de maatschappij voor de verzekerde niet bevredigend is, kan deze zich wenden tot de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag
Telefoon: (070) 333 89 99
 - c. **De rechter**
Wanneer verzekerde geen gebruik wil maken van de klachtenbehandelingsmogelijkheden, of de behandeling of uitkomst niet bevredigend vindt, kan hij het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.