

AnderZorg Tandartskostenverzekering Particulier

Inhoudsopgave

Artikelnummer

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

Definities	1
Begripsomschrijving	2
Grondslag van de verzekering	3
Aanmelding en aanvang verzekering	4
Keuringskosten	5
Verzekeringspakketten	6
Eigen risico	7
Verplichtingen van de verzekerde	8
Premieberekening bij toetreding	9
Premiebetaling	10
Indiening en vergoeding van de nota's	11
Aanspraak op toezeggingen	12
Opschorting dekking/vervallen rechten	13
Verhaal tegenover derden	14
Herziening van premie en/of verzekeringsvoorwaarden	15
Gezins- en adreswijziging	16
Duur en beëindiging van de verzekering	17
Geschillen	18
Persoonsgegevens	19
Niet voorziene gevallen	20
Slotbepaling	21

Omvang van de Dekking Basispakket A

Vergoedingen	1
Extra dekking ongeval	2
Dekkingsgebied	3
Uitsluitingen	4

Overzicht dekking Basispakket A

Omvang van de Dekking Uitgebreid Pakket B1/B2

Vergoedingen	1
Extra dekking ongeval	2
Dekkingsgebied	3
Orthodontie	4
Uitsluitingen	5

Overzicht dekking Uitgebreid Pakket B1/B2

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

ARTIKEL 1 Definities

- 1.1 Maatschappij:** Ziektekosten Verzekeringsmaatschappij AnderZorg N.V.
- 1.2 Verzekeringnemer:** Degene die de verzekeringsovereenkomst met de Maatschappij is aangegaan.
- 1.3 Verzekerde:** Ieder die op de polis als zodanig staat vermeld.

ARTIKEL 2 Begripsomschrijving

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

- 2.1 Behandelingsjaar:** Periode van 365 dagen, ingaande op de datum van de eerste behandeling.
- 2.2 CTG:** College Tarieven Gezondheidszorg.
- 2.3 Hoofdverzekering:** De door de Maatschappij 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 de Maatschappij, niet zijnde de aanvullende verzekering(en) die in combinatie met de hiervoor genoemde hoofdverzekeringen bij de Maatschappij kunnen worden afgesloten.
- 2.4 Kalenderjaar/boekjaar:** De periode van 1 januari t/m 31 december van enig jaar.
- 2.5 Ongeval:** Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van de verzekerde van buitenaf en buiten diens wil, waardoor naast tandheelkundig letsel tevens ander medisch aantoonbaar letsel is veroorzaakt.
- 2.6 Orthodontist:** Een in Nederland gevestigde tandarts, die staat ingeschreven in het specialistenregister voor Dento-Maxillaire Orthopaedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).
- 2.7 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.
- 2.8 SPP:** De door de overheid gevoerde Standaard Pakket Polis.
- 2.9 Tandarts:** Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.
- 2.10 Tandheelkundig adviseur:** Een door de Maatschappij aangewezen tandarts die de Maatschappij over de acceptatie en over de medische noodzaak van de behandeling(en) adviseert.
- 2.11 Tandheelkundige noodzaak:** De noodzaak van behandeling en onderzoek volgens algemeen erkende tandheelkundige wetenschappelijke overwegingen.
- 2.12 Uitkering:** De vergoeding van de gemaakte kosten, waarop verzekerde op grond van de verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan maken.

2.13 Verzekeringsduur: In de “Omvang van de Dekking” wordt onder de term verzekeringsduur verstaan de duur van de bestaande relatie tussen de Maatschappij en de verzekerde, ook indien deze op enig moment voor korte of langere tijd onderbroken wordt.

2.14 Wachttermijn: Een krachtens de verzekeringsvoorwaarden geldende of anderszins overeengekomen termijn, die een aanvang neemt bij het ingaan van de verzekering. Binnen deze termijn kan geen aanspraak op vergoeding worden gemaakt.

2.15 Wet BIG: Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

ARTIKEL 3 Grondslag van de verzekering

3.1 Het aanmeldingsformulier met de daarin door de verzekeringnemer of de verzekerde gedane al dan niet eigenhandig geschreven mededelingen, alsmede eventuele schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk door de verzekeringnemer of de verzekerde verstrekt, gelden als grondslag van deze verzekering waarbij bovendien:

- voor de basis tandartskostenverzekering pakket A een recente verklaring van de tandarts wordt vereist waarin verklaard wordt dat het gebit van de aspirant-verzekerde gesaneerd is en hij/zij klachtenvrij is; daarnaast dient door de aspirant-verzekerde een eigenhandig ingevulde vragenlijst te worden opgestuurd.
- voor de uitgebreide tandartskostenverzekering pakket B1/B2 een door de tandarts volledig ingevuld en ondertekend keuringsrapport met twee recente bitewing-foto's is vereist.

3.2 De Maatschappij is generlei vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen, indien verzekeringnemer of verzekerde zich jegens de Maatschappij schuldig maakt aan bedrog, het opzettelijk doen van onjuiste mededelingen of andere ernstige misdrijvingen; de mededelingen in het aanmeldingsformulier in strijd met de waarheid waren of omstandigheden verzwegen werden, welke van dien aard zijn, dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien de Maatschappij daarvan kennis had gedragen.

3.3 De verzekerde dient regelmatig – ten minste één keer per kalenderjaar – zijn gebit te laten controleren door een tandarts. Uitgezonderd hiervan zijn verzekerden die een volledige prothese dragen.

ARTIKEL 4 Aanmelding en aanvang verzekering

Pakket A

4.1 Na ontvangst van het aanmeldingsformulier gaat de verzekering in op de datum die door de Maatschappij op de polis is vermeld.

Aanspraak op vergoeding van kosten kan alleen dan plaatsvinden, wanneer een recente (op de ingangsdatum van de verzekering niet ouder dan 6 maanden) verklaring van de tandarts waarin verklaard wordt dat het gebit van de aspirant-verzekerde gesaneerd is en hij/zij klachtenvrij is, én de door de aspirant-verzekerde eigenhandig ingevulde vragenlijst door de Maatschappij zijn ontvangen. Kosten voor behandelingen die hebben plaatsgevonden na ingangsdatum doch vóór de datum van bovengenoemde verklaring zijn van vergoeding uitgesloten.

Pakket B

4.2 Het ingediende keuringsrapport en de twee bitewing-foto's worden beoordeeld door de tandheelkundig adviseur. Na acceptatie van de aanvraag gaat de verzekering in op de datum die door de Maatschappij op de polis is vermeld.

Vanaf genoemde datum heeft de verzekerde recht op vergoeding van de verzekerde kosten.

4.3 Indien de verzekering niet tot stand komt, zijn de kosten van het consult, het keuringsrapport en de gemaakte bite-wing foto's volledig voor rekening van de aspirant-verzekerde.

ARTIKEL 5 Keuringskosten (alleen pakket B)

Indien de verzekering voor het Pakket B tot stand komt worden de kosten van het keuringsrapport en de twee bitewing-foto's volledig vergoed overeenkomstig de door de NMT vastgestelde tarieven, exclusief het consult.

De vergoede bite-wing foto's blijven eigendom van de Maatschappij.

ARTIKEL 6 Verzekeringspakketten

6.1 De Maatschappij kent de volgende tandartskostenverzekeringen:

- Pakket A:
basis tandartskostenverzekering
- Pakket B1:
uitgebreide tandartskostenverzekering
- Pakket B2:
uitgebreide tandartskostenverzekering met een eigen risico van € 50,- per verzekerde per kalenderjaar.

6.2 Overgang naar een ander pakket is slechts mogelijk per 1 januari van enig jaar, met dien verstande dat overgang van

- A-pakket naar B-pakket alleen mogelijk is met inachtneming van het gestelde in artikel 3.1
- B-pakket naar A-pakket slechts kan plaatsvinden indien de verzekering pakket B1/B2 ten minste 3 volledige kalenderjaren heeft geduurd.

6.3 Bij een overstap van een particuliere verzekering naar een ziekenfonds dan wel SPP of andersom, wordt uitdrukkelijk vermeld dat er alleen een verandering plaatsvindt in de hoogte van de premie en de polisvoorwaarden, maar dat de in de "Omvang van de Dekking" gehanteerde maxima gelden voor de gehele verzekeringsduur.

ARTIKEL 7 Eigen risico (alleen pakket B2)

7.1 Het bedrag van het eigen risico geldt per kalenderjaar en wordt berekend over de periode van 1 januari tot en met 31 december.

7.2 Het op de polis vermelde vrijwillig gekozen eigen risicobedrag geldt per verzekerde per kalenderjaar.

7.3 Bij een verzekering welke in de loop van het kalenderjaar wordt aangegaan, wordt het bedrag van het eigen risico naar evenredigheid van de tijdsduur in dat kalenderjaar berekend. Bij schorsing of beëindiging van de verzekering zal noch restitutie noch vermindering van ingehouden eigen risico plaatsvinden.

ARTIKEL 8 Verplichtingen van de verzekerde

De verzekerde is verplicht ervoor zorg te dragen dat:

- desgevraagd aan de Maatschappij, haar tandheelkundig adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van alle gewenste inlichtingen
- desgevraagd medewerking wordt verleend aan een gebitsonderzoek voor rekening van de Maatschappij door een door de Maatschappij aan te wijzen tandarts.

ARTIKEL 9 Premieberekening bij toetreding

9.1 De tandartskostenverzekering kent 2 verschillende tariefgroepen:

- de particulier verzekerde
- de ziekenfondsverzekerde/de verzekerde op de SPP

9.2 In geval van een overstap van ziekenfonds dan wel SPP naar een particuliere verzekering en andersom, kan de tandartskostenverzekering tegen een aangepaste premie worden voortgezet.

9.3 Men dient deze wijziging binnen 30 dagen aan de Maatschappij door te geven in verband met de verschillende vergoedingsregelingen en/of de te betalen premie.

9.4 De aangepaste premie is verschuldigd met ingang van de dag dat de verzekering van kracht wordt.

ARTIKEL 10 Premiebetaling

Vanaf de ingangsdatum van de verzekering zijn de premies door verzekeringnemer voor alle aangemelde en geaccepteerde verzekerden bij vooruitbetaling verschuldigd. De premie dient op de premievalidatum te zijn voldaan.

Een premiebetaling per maand dient op automatische wijze te worden voldaan. De verzekeringnemer dient de Maatschappij hiervoor gelijktijdig met de aanvraag van de verzekering een machtiging te verlenen.

Het is verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van de Maatschappij te vorderen vergoeding(en).

ARTIKEL 11 Indiening en vergoeding van de nota's

11.1 De verzekerde heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voorzover gemaakt tijdens de periode waarin de verzekering van kracht is, waarbij de datum van behandeling bepalend is en niet de dagtekening van de nota.

11.2 De verzekeringnemer dient er zorg voor te dragen dat binnen een half jaar na dagtekening van de originele nota deze bij de Maatschappij is ingediend.

11.3 De uitkering op de originele nota kan nooit meer bedragen dan de werkelijk gemaakte tandheelkundige kosten.

De ingediende nota moet op een zodanige wijze gespecificeerd zijn, dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de Maatschappij is gehouden.

Kopienota's worden door de Maatschappij niet in behandeling genomen.

Computernota's dienen door de hulpverlener door middel van een handtekening en naamstempel te zijn gewaarmerkt.

Ingediende nota's, waarvan de behandeling nog moet geschieden, komen niet voor vergoeding in aanmerking.

11.4 Met inachtneming van hetgeen elders in de verzekeringsvoorwaarden is bepaald, worden ten hoogste de tarieven vergoed, zoals deze zijn vastgesteld door het CTG.

11.5 Het indienen van de nota('s) dient vergezeld te gaan van een specificatieformulier. Op de nota dient het polisnummer vermeld te worden met de aantekening of de nota wel of niet betaald is. Het centrale correspondentieadres van de Maatschappij is:

11.6 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 (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.

ARTIKEL 12 Aanspraak op toezeggingen

Uitsluitend wanneer de Maatschappij telefonische of mondelinge toezeggingen schriftelijk heeft bevestigd, kan door verzekerde aanspraak worden gemaakt op vergoeding van de betreffende tandheelkundige verstrekking(en).

ARTIKEL 13 Opschorting dekking/vervallen rechten

13.1 Bij niet betalen van de premie binnen 30 dagen na de premievervaldatum, vervalt het recht op vergoeding, terwijl de verplichting tot premiebetaling blijft bestaan. Ingebrekestelling door de Maatschappij is hiervoor niet nodig.

13.2 Vanaf de eerste dag waarover de achterstallige premie verschuldigd is, tot aan de dag volgend op de dag waarop de achterstallige premie alsnog is voldaan, vervalt het recht op vergoeding; dat wil zeggen dat er geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding van kosten betreffende tandheelkundige hulp die tijdens genoemd tijdvak zijn ontstaan en alle verdere kosten die hieruit voortvloeien, ondanks eventueel eerder afgegeven machtigingen en/of schriftelijke toezeggingen.

13.3 De dekking wordt weer van kracht op de dag volgend op de dag waarop het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten van invordering door de Maatschappij zijn ontvangen.

13.4 Indien de Maatschappij maatregelen treft tot incasso van haar vordering, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, voor rekening van de verzekeringnemer.

13.5 Elk recht op vordering van een verzekerde jegens de Maatschappij vervalt, indien de originele nota('s) niet binnen 1 jaar na dagtekening van de nota('s) bij de Maatschappij is/zijn ingediend.

13.6 Geen rechten aan deze verzekering kunnen worden ontleend in geval verzekerde zich ten tijde van het ontstaan van de tandheelkundige kosten buiten Nederland heeft gevestigd, tenzij schriftelijk met de Maatschappij anders is overeengekomen.

ARTIKEL 14 Verhaal tegenover derden

14.1 Bij mogelijke aanspraken jegens derden is de verzekerde verplicht de Maatschappij ten spoedigste daarvan in kennis te stellen.

14.2 De verzekerde is in dit geval gehouden de door de Maatschappij wenselijk geachte medewerking te verlenen om haar in staat te stellen de kosten op de aansprakelijke derden te verhalen. Bij het in gebreke blijven hiervan vervalt het recht op vergoeding en heeft de Maatschappij het recht de uitgekeerde bedragen terug te vorderen.

14.3 De verzekerde is niet gerechtigd enigerlei toezeggingen te doen of kwijting te verlenen zonder vooraf schriftelijke toestemming van de Maatschappij te hebben ontvangen.

ARTIKEL 15 Herziening van voorwaarden, premies en/of eigen risico

15.1 De Maatschappij heeft het recht de verzekeringsvoorwaarden, de premies en/of de eigen risico's en bloc danwel regionaal en bloc of groepsgewijs -op een door de Maatschappij vast te stellen datum- te herzien. Bij een (procentuele) premieverhoging zal de verhoging worden berekend over de op dat moment van toepassing zijnde premie. Bij een (procentuele) verhoging van het eigen risico zal de verhoging worden berekend over het van toepassing zijnde eigen risico.

15.2 In geval de herziening de aanspraken voortvloeiend uit de verzekeringsovereenkomst beperkt en/of de premie en/of het eigen risico wordt verhoogd, dan heeft verzekeringnemer -met inachtneming van het gestelde in lid 15.3 en 15.4- het recht de verzekeringsovereenkomst schriftelijk te beëindigen. Indien voornoemde beperking van de aanspraken en/of premieverhoging en/of eigen risicoverhoging alleen betrekking heeft op een of meer aanvullende verzekeringen, dan kunnen alleen deze aanvullende verzekeringen schriftelijk worden beëindigd en niet de hoofdverzekering.

15.3 Indien de Maatschappij vóór de 31ste dag na de datum van de mededeling over de voorgenomen beperking van de aanspraken, premieverhoging en/of eigen risicoverhoging geen schriftelijk bericht van de verzekeringnemer heeft ontvangen dat deze niet akkoord is met de herziening, wordt de verzekering voortgezet volgens de nieuwe verzekeringsvoorwaarden, premie en/of eigen risico.

15.4 De bevoegdheid tot beëindiging van de verzekeringsovereenkomst bestaat niet in de navolgende gevallen:

- a. bij een herziening van de verzekeringsvoorwaarden, de premie en/of het eigen risico voortvloeiende uit wettelijke regelingen, wettelijke bepalingen en/of overheidsmaatregelen, waaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat;
- b. bij een herziening van de verzekeringsvoorwaarden, de premie en/of eigen risico betrekking hebbende op het bereiken van een bepaalde leeftijdsgrens door een verzekerde;
- c. een premiewijziging betrekking hebbende op een wijziging van de wettelijke bijdrage/wettelijke eigen risico en/of invoering c.q. wijziging van de nominale AWBZ-premie.

ARTIKEL 16 Gezins- en adreswijziging

16.1 De verzekeringnemer dient een eventuele gezins- of adreswijziging binnen 30 dagen nadat de wijziging heeft plaatsgevonden schriftelijk aan de Maatschappij mee te delen.

16.2 Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bij de Maatschappij bekend adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

ARTIKEL 17 Duur en beëindiging van de verzekering

17.1 Bij toetreding op 1 januari wordt de verzekering aangegaan voor de duur van 2 kalenderjaren en daarna stilzwijgend van jaar tot jaar verlengd.

17.2 In geval de tandartskostenverzekering in de loop van een kalenderjaar aanvangt, wordt de overeenkomst aangegaan voor het lopende kalenderjaar én de daaropvolgende 2 kalenderjaren, met dien verstande dat de verzekering daarna stilzwijgend van jaar tot jaar wordt verlengd.

17.3 Tussentijdse beëindiging van de eerste contractperiode zoals omschreven in lid 1 en lid 2 van dit artikel, op grond van aanpassing(en) van premie- en/of polisvoorwaarden is niet mogelijk.

17.4 Opzegging van de verzekering dient vóór 1 oktober van enig jaar bij aangetekend schrijven in het bezit te zijn van de Maatschappij.

17.5 Tussentijdse beëindiging kan alleen plaatsvinden door overlijden van een verzekerde. Indien de verzekerde bij zijn overlijden tevens verzekeringnemer is, kunnen de achterblijvende gezinsleden de verzekering voortzetten.

17.6 Deze aanvullende verzekering is gekoppeld aan de hoofdverzekering. Indien de hoofdverzekering wordt beëindigd, geldt deze beëindiging ook voor deze aanvullende verzekering.

17.7 Nadrukkelijk wordt bepaald dat de Maatschappij niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens in gevallen als bedoeld in artikel 3.2 of, in geval van wanbetaling als bedoeld in artikel 13.

17.8 De verzekering eindigt voor elke verzekerde op het tijdstip waarop hij/zij geen Nederlands ingezetene meer is.

ARTIKEL 18 Geschillen

Indien verzekerde zich niet met een beslissing van de Maatschappij 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 Maatschappij, ter attentie van de afdeling KBB, Postbus 11072, 9700 CB te Groningen. De Maatschappij 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 Maatschappij te zijn bevestigd. Het vorenstaande is eveneens van toepassing indien verzekerde klachten heeft over de totstandkoming en/of de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst door de Maatschappij.

Verzekerde kan, nadat door de Maatschappij haar definitieve standpunt kenbaar is gemaakt of in geval binnen een periode van zes weken na ontvangst van het geschil of de klacht de Maatschappij 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.

Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

ARTIKEL 19 Persoonsgegevens

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden door de Maatschappij 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.anderzorg.nl worden bezocht.

ARTIKEL 20 Niet voorziene gevallen

In alle gevallen, waarin deze verzekeringsvoorwaarden niet voorzien, beslist de Maatschappij.

ARTIKEL 21 Slotbepaling

Deze verzekeringsvoorwaarden treden in werking op 1 januari 2003. Alle voorgaande verzekeringsvoorwaarden komen hiermee te vervallen.

Omvang van de Dekking, Basispakket A

ARTIKEL 1 Vergoedingen

Alle in het dekkingsoverzicht genoemde tandheeskundige hulp dient te worden verleend door een tandarts. Vergoed worden de in het dekkingsoverzicht genoemde tandheeskundige verrichtingen tot ten hoogste het daarbij vermelde bedrag en/of percentage. De onder tandheeskundige behandelingen vermelde tegemoetkoming(en) of vergoeding(en) zijn inclusief de materiaal- en techniekkosten.

ARTIKEL 2 Extra dekking ongeval

In geval van een ongeval vergoedt de Maatschappij 80% van de werkelijk gemaakte tandheeskundige kosten met een maximum van € 453,78 per ongeval na machtiging door de Maatschappij. Het betreft de kosten die resteren nadat een vergoeding heeft plaatsgevonden waarop verzekerde krachtens de "Omvang van de Dekking" recht heeft. Per 12 maanden wordt terzake van één ongeval vergoeding verleend, waarbij de 12-maandenperiode ingaat op de datum van het ongeval.

ARTIKEL 3 Dekkingsgebied

3.1 De tandartskostenverzekering is uitsluitend van kracht binnen Nederland.

3.2 Vergoeding van de in het buitenland gemaakte tandartskosten als gevolg van acute klachten tijdens vakantie zal plaatsvinden op basis van de in het dekkingsoverzicht genoemde maxima, indien en voorzover deze (spoed)behandeling(en) niet uitgesteld kon(den) worden.

De vergoeding hiervan geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel tegen de wisselkoers die bij de Nederlandsche Bank gold op de dag, waarop de tandheeskundige behandeling(en) in het buitenland plaatsvond(en).

Bij spoedeisende tandheeskundige behandeling(en) buiten Nederland, doch binnen Europa, worden de kosten op basis van 80% van de in Nederland bij een soortgelijke behandeling geldende tarieven vergoed.

3.3 Bij spoedeisende tandheeskundige behandeling(en) in de landen buiten de EU/EER, niet zijnde verdragslanden, wordt maximaal 200% van de in Nederland geldende tarieven voor een soortgelijke behandeling in Nederland op basis van 80% vergoed.

ARTIKEL 4 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten bestaat:

4.1 voor verzuimde afspraken;

4.2 voor behandelingsadviezen en begrotingskosten;

4.3 indien deze zijn ontstaan door of verband houden met een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij. De zes genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan, vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzeke-

raars d.d. 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissements-rechtbank te 's-Gravenhage is gedeponereerd;

4.4 indien deze zijn ontstaan door, dan wel verband houden met atoomkernreacties en de daarbij ontstane splitsingsproducten, onverschillig hoe de reacties zijn ontstaan, anders dan bij een op de verzekerde toegepaste medische behandeling;

4.5 inzake het opvullen van de bij aanvang van de verzekering reeds bestaande diastemen (ruimte door ontbrekende elementen);

4.6 voor behandelingen, waarvan de noodzaak reeds ten tijde van het indienen van de sanerings-/preventiekaart of tandheekkundige verklaring aanwezig was;

4.7 voor de tarieven die gehanteerd worden betreffende tandheekkundige behandelingen voor extreem angstige personen;

4.8 voor voortijdige vervanging van vullingen om esthetische dan wel medische redenen;

4.9 voor behandelingen die niet in de dekkingsvoorwaarden/dekkingsoverzichten worden genoemd en verrichtingen die verband houden met deze behandelingen (bijv. anesthesie).

Overzicht dekking Basispakket A voor particulier verzekerden

Code: Omschrijving:

A Anesthesie:

10 Geleidings- en/of infiltratieanesthesie 100%

C Consulten:

11 periodieke preventief onderzoek 100%

12 periodiek preventief onderzoek, tweede en volgende in hetzelfde kalenderjaar 100%

13 incidenteel consult 100%

28 uitgebreid onderzoek 100%

Per kalenderjaar worden maximaal 2 consulten vergoed

E Wortelkanaalbehandeling:

10 eerste kanaal, zilverstift of pointsectie 100%

20 pasta 100%

15 elk volgende kanaal, zilverstift of pointsectie 100%

25 pasta 100%

80 pulpabehandeling bij melkelementen 100%

H Chirurgische behandeling (incl. anesthesie):

10 extractie, 1e element 100%

15 elke volgende extractie in dezelfde zitting/kwadrant 100%

20 hechten, per alveole 100%

30 gecompliceerde extractie zonder mucoperiostale opklap 100%

35 gecompliceerde extractie met mucoperiostale opklap 100%

M Preventie/mondhygiëne:

10	fluoride applicatie	1 x per halfjaar	100%
20	fluoride applicatie gelijktijdig boven en onder	1 x per halfjaar	100%
50	tandsteenverwijdering beperkt	1 x per halfjaar	100%
55	tandsteenverwijdering gemiddeld	1 x per halfjaar	100%
59	tandsteenverwijdering uitgebreid	1 x per halfjaar	100%

V Restauraties door middel van plastisch materiaal:

10	pitvulling		100%
11	eenvlaksvulling		100%
12	tweevlaksvulling		100%
13	drie- of meervlaksvulling		100%
20	etsen ten behoeve van composiet		100%
21	etsen in combinatie met etsbare onderlaag		100%
30	sealing; eerste element		100%
35	volgende element in dezelfde zitting		100%
70	retentiestift; parapulpaire stift	per stuk	100%

Per 12 maanden komen maximaal 6 vullingen voor vergoeding in aanmerking.

X Röntgendiagnostiek:

10	intra orale foto*		100%
----	-------------------	--	------

* 1x per 3 jaar worden maximaal 2 foto's vergoed

Omvang van de Dekking, Uitgebreid Pakket B1/B2

ARTIKEL 1 Vergoedingen

Alle in het dekkingsoverzicht genoemde tandheekkundige hulp dient te worden verleend door een tandarts, met uitzondering van rubriek P (prothetische voorzieningen). Vergoed worden de in het dekkingsoverzicht genoemde tandheekkundige verrichtingen tot ten hoogste het daarbij vermelde bedrag en/of percentage.

Voor orthodontie, parodontologie en prothetische voorzieningen geldt een wachttijd van 1 jaar vanaf de ingangsdatum van de tandartskostenverzekering, tenzij anders met de Maatschappij is overeengekomen.

De onder tandheekkundige behandelingen vermelde tegemoetkoming(en) of vergoeding(en) zijn inclusief de materiaal- en techniekkosten.

ARTIKEL 2 Extra dekking ongeval

In geval van een ongeval vergoedt de Maatschappij 80% van de werkelijk gemaakte tandheekkundige kosten met een maximum van € 453,78 per ongeval na machtiging door de Maatschappij. Het betreft de kosten die resteren nadat een vergoeding heeft plaatsgevonden waarop verzekerde krachtens de "Omvang van de Dekking" recht heeft.

Per 12 maanden wordt terzake van één ongeval vergoeding verleend, waarbij de 12-maandenperiode ingaat op de datum van het ongeval.

ARTIKEL 3 Dekkingsgebied

3.1 De tandartskostenverzekering is uitsluitend van kracht binnen Nederland.

3.2 Vergoeding van de in het buitenland gemaakte tandartskosten als gevolg van acute klachten tijdens een verblijf in het buitenland zal plaatsvinden op basis van de in het dekkingsoverzicht genoemde maxima, indien en voorzover deze (spoed)behandeling(en) niet uitgesteld kon(den) worden.

De vergoeding hiervan geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel tegen de wisselkoers die bij de Nederlandsche Bank gold op de dag, waarop de tandheekkundige behandeling(en) in het buitenland plaatsvond(en).

Bij spoedeisende tandheekkundige behandeling(en) buiten Nederland, doch binnen Europa, worden de kosten op basis van 80% van de in Nederland bij een soortgelijke behandeling geldende tarieven vergoed.

3.3 Onder verwijzing naar het gestelde in lid 2 van dit artikel wordt in landen buiten Europa maximaal 200% van de in Nederland geldende tarieven voor een soortgelijke behandeling in Nederland op basis van 80% vergoed.

ARTIKEL 4 Orthodontie

Aanspraak op vergoeding van kosten inzake orthodontie kan plaatsvinden, in geval en voorzover de verzekerde geen aanspraak op vergoeding van de kosten van gebitsregulatie kan maken krachtens een ziektekostenverzekering of een andere overeenkomst, én indien de Maatschappij vóór aanvang van de behandeling daartoe schriftelijk toestemming heeft gegeven.

De behandeling kan zowel door een orthodontist als een tandarts worden uitgevoerd. Bij onachtzaam gebruik komen de kosten voor reparatie of vervanging voor eigen rekening. Geen vergoeding van kosten wordt verleend voor orthodontische behandelingen, die zuiver om esthetische redenen worden gedaan.

4.1 Verzekerden jonger dan 19 jaar

- Vergoeding voor de tarieven die gehanteerd worden voor de behandelingsmaanden op basis van 50%.
 - Vergoeding van de overige verrichtingen op basis van 75%.
- De maximale vergoeding voor alle behandelingen tezamen bedraagt € 1361,34.

4.2 Verzekerden ouder dan 19 jaar

Indien de orthodontische behandeling aanvangt op of na de leeftijd van 19 jaar, vergoedt de Maatschappij 80% van de kosten tot een maximum van € 1815,12 tijdens de gehele duur van de verzekering, met dien verstande dat respectievelijk voor het eerste en het tweede behandelingsjaar 80% wordt vergoed tot een maximum van € 680,67 per behandelingsjaar en voor het derde behandelingsjaar 80% tot een maximum van € 453,78.

ARTIKEL 5 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten bestaat:

5.1 voor verzuimde afspraken;

5.2 voor behandelingsadviezen en begrotingskosten;

5.3 indien deze zijn ontstaan door of verband houden met een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie. De zes genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan, vormen een onderdeel van de tekst die door het Verbond van Verzekeraars d.d. 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissements-rechtbank te 's-Gravenhage is gedeponeerd;

5.4 indien deze zijn ontstaan door, dan wel verband houden met atoomkernreacties en de daarbij ontstane splitsingsproducten, onverschillig hoe de reacties zijn ontstaan, anders dan bij een op de verzekerde toegepaste medische behandeling;

5.5 inzake het opvullen van de bij aanvang van de verzekering reeds bestaande diastemen (ruimte door ontbrekende elementen);

5.6 voor behandelingen, waarvan de noodzaak reeds ten tijde van het afgeven van het tandheelkundig keuringsrapport aanwezig was;

5.7 voor de tarieven die gehanteerd worden betreffende tandheelkundige behandelingen voor extreem angstige personen;

5.8 voor voortijdige vervanging van vullingen om esthetische dan wel medische redenen;

5.9 voor tandheelkundige implantaten en de kosten verband houdende met het inbrengen daarvan in de kaak;

5.10 voor orthodontische behandelingen om esthetische redenen;

5.11 voor behandelingen die niet in de dekkingsvoorwaarden/dekkingsoverzichten worden genoemd en voor verrichtingen die verband houden met deze behandelingen (bijv. anesthesie).

Overzicht dekking Uitgebreid Pakket B1/B2 voor particulier verzekerden
 Pakket B2 heeft een eigen risico van € 50,- per persoon per kalenderjaar.

Code:

Omschrijving:

A Anesthesie:

10 Geleidings- en/of infiltratieanesthesie 100%

C Consulten:

11 periodieke preventief onderzoek 100%
 12 periodiek preventief onderzoek, tweede en volgende in hetzelfde kalenderjaar 100%
 13 incidenteel consult 100%
 28 uitgebreid onderzoek 100%
 85 weekenddienst 100%
 86 avondbehandeling 100%
 87 nachtbehandeling 100%

Per kalenderjaar worden maximaal 3 consulten (C11, C12 of C13) vergoed

E Wortelkanaalbehandeling:

10 eerste kanaal, zilverstift of pointsectie 100%
 20 pasta 100%
 15 elk volgende kanaal, zilverstift of pointsectie 100%
 25 pasta 100%
 80 pulpabehandeling bij melkelementen 100%

G Gnatologie:

61 instructie spieroefeningen 100%
 69 occlusale opbeetplaat 100%

H Chirurgische behandeling (incl. anesthesie):

10 extractie, 1e element 100%
 15 elke volgende extractie in dezelfde zitting/kwadrant 100%
 20 hechten, per alveole 100%
 30 gecompliceerde extractie zonder mucoperiostale opklap 100%
 35 gecompliceerde extractie met mucoperiostale opklap 100%

M Preventie/mondhygiëne:

10 fluoride applicatie 1 x per halfjaar 100%
 20 fluoride applicatie gelijktijdig boven en onder 1 x per halfjaar 100%
 50 tandsteenverwijdering beperkt 1 x per halfjaar 100%
 55 tandsteenverwijdering gemiddeld 1 x per halfjaar 100%
 59 tandsteenverwijdering uitgebreid 1 x per halfjaar 100%

Het maximum van 1 x per half jaar geldt voor de codes 10 en 20 tezamen en de codes 50, 56 en 59 tezamen.

V Restauraties door middel van plastisch materiaal:

10 pitvulling 100%
 11 eenvlaksvulling 100%
 12 tweevlaksvulling 100%

13	drie- of meervlaksvulling		100%
14	kroon van plastisch materiaal		100%
15	direct labiale veneering		100%
20	etsen ten behoeve van composiet		100%
21	etsen in combinatie met etsbare onderlaag		100%
30	sealing; eerste element		100%
35	volgende element in dezelfde zitting		100%
70	retentiestift; parapulpaire stift	per stuk	100%
80	retentiestift; eerste stift in wortelkanaal	per stuk	100%
85	volgende stift in hetzelfde element	per stuk	100%

Per 12 maanden komen maximaal 6 vullingen voor vergoeding in aanmerking.

X Röntgendiagnostiek:

10	intra orale foto **		100%
----	---------------------	--	------

R Gegoten restauraties:

08	eenvlaks composiet inlay **	per element	100%
09	tweevlaks composiet inlay **	per element	100%
10	drievlaks composiet inlay **	per element	100%
11	eenvlaksinlay	per element	max. € 90,75
12	tweevlaksinlay	per element	max. € 124,78
13	drievlaksinlay	per element	max. € 158,82
20	gegoten metalen kroon	per element	max. € 158,82
25	gegoten metalen kroon met opgebakken porselein, partiële omslijping of schouderbevelpreparatie, gegoten metalen kroon met kunstharsvenster	per element	max. € 170,16
26	jacketkroon met schouderpreparatie	per element	max. € 158,82
31	opbouw plastisch materiaal	per element	max. € 34,03
32	gegoten opbouw indirecte methode	per element	max. € 45,37
33	gegoten opbouw directe methode	per element	max. € 90,75
40	brugwerk: eerste dummy*		max. € 90,75
45	tweede en volgende in hetzelfde tussendeel*		max. € 68,06
55	gipsplot met extra afdruk **		100%
60	etsbrug, zonder preparatie *		max. € 113,44
61	etsbrug, met preparatie*		max. € 136,13
65	extra voor uitbreiding etsbrug*		max. € 45,37
66	extra voor uitbreiding etsbrug*		max. € 22,68
74	opnieuw vastzetten gegoten restauraties **		100%
75	opnieuw vastzetten etsbrug**		100%

De gezamenlijke kosten voor inlays, kronen en brugdelen komen tot ten hoogste voor 4 elementen per 24 maanden voor vergoeding in aanmerking. De periode van 24 maanden wordt geacht te zijn aangevangen met de plaatsing van de eerste inlay-kroon of het eerste brugdeel.

T Parodontologie (tandvleesbehandeling):

11	parodontaal onderzoek met pocketstatus		€ 56,72
12	parodontaal onderzoek met parodontiumstatus		€ 61,26
21	initiele parodontale behandeling tandarts ****	per element	€ 15,88
22	initiele parodontale beh. Mondhygiëniste ****	per element	€ 11,34
70	flapoperatie in één interdentale ruimten		75%

71	flapoperatie per sextant*	75%
72	flapoperatie	
82	gingivectomie per element*	75%

Voor alle T-verrichtingen tezamen wordt éénmaal per 36 maanden maximaal € 453,78 vergoed.

P Prothetische voorzieningen:

01	rebasen indirect zonder randopbouw	max. € 45,37
02	rebasen indirect met randopbouw	max. € 45,37
06	tissue conditionering volledige prothese **	100%
07	reparatie prothese zonder afdruk volledige prothese	max. € 22,68
08	reparatie prothese met afdruk volledige prothese	max. € 45,37
10	partiële prothese 1-4 elementen	max. € 90,75
15	partiële prothese 5-13 elementen	max. € 113,44
21	volledige bovenprothese	max. € 181,51
25	volledige onderprothese	max. € 204,20
30	volledige boven- en onderprothese	max. € 363,02
14	extra voor individuele afdruk met randopbouw **	100%
29	extra voor elk overkapt element **	100%
34	frameprothese 1-4 elementen	max. € 181,51
35	frameprothese 5-13 elementen	max. € 204,20
40	extra voor immediaatprothese**	100%
78	uitbreiding partiële prothese met element(en) tot volledige prothese, inclusief afdruk	max. € 45,37

Voor de kosten van de prothetische voorzieningen wordt per 5 jaar éénmaal vergoeding verleend. Reparatie van een bestaande prothese, uitgevoerd door een erkend tandtechnisch laboratorium (zonder tussenkomst van een tandarts), wordt vergoed op basis van hetgeen is vermeld bij reparatie van een prothetische voorziening.

Orthodontie

Voor verzekerden jonger dan 19 jaar*

Codes D24, D24, D33, D34, D42, D43 (behandeling door tandarts)	50%
Overige D codes (behandeling door tandarts)	75%
Codes 21033, 21043, 21053, 21063 (behandeling door orthodontist)	50%
Overige codes (behandeling door orthodontist)	75%
De totale vergoeding bedraagt	max. € 1361,34

Voor verzekerden vanaf 19 jaar * 80%, max. € 1815,12

* na voorafgaande machtiging

** bij deze code zijn techniekkosten van vergoeding uitgesloten

*** 1 x per 3 jaar worden maximaal 2 foto's vergoed

**** tegelijkertijd met de nota's dient de pocketstatus te worden meegezonden