

# **Dansk Tandforsikring**

Forsikringsbetingelser for GO og SMIL tandforsikring  
samt gruppeforsikring

Version 2.1

April 2012

## **FORTRYDELSESRET**

En indgået forsikringsaftale kan efter forbrugeraftalelovens § 17 fortrydes.

### **Fortrydelsesfristen**

Fortrydelsesfristen er 14 dage.

Fristen regnes som udgangspunkt fra den dag aftalen er indgået, f.eks. ved underskrift på kontrakten eller afgivet bestillingen via internettet. Efter forbrugeraftaleloven har forbrugeren krav på at få en række oplysninger, bl.a. om fortrydelsesretten og om den bestilte tjenesteydelse. Fortrydelsesfristen løber ikke, før disse oplysninger er modtaget på skrift (f.eks. på papir eller e-mail).

Hvis bestillingen afgives mandag den 1. og de nævnte oplysninger er modtaget, er der frist til og med mandag den 15. til at fortryde bestillingen. Modtages oplysningerne først senere, f.eks. onsdag den 3., er der frist til og med onsdag den 17.

Hvis fristen udløber på en helligdag, lørdag, grundlovsdag, juleaftensdag eller nytårsaftensdag, kan der ventes til den følgende hverdag.

### **Hvordan fortryder man?**

Inden udløbet af fortrydelsesfristen skal Dansk Tandforsikring underrettes om, at aftalen er fortrudt. Det er muligt at trykke på det fortrydelseslink der findes nederst i den bekræftelsesmail du modtager i forbindelse med købet af tandforsikringen. Hvis underretning gives skriftligt - f.eks. pr. brev eller e-mail - skal den blot sendes inden fristens udløb. Som bevis for, at fortrydelsen er sket rettidigt, kan fortrydelsen f.eks. sendes som anbefalet brev og postkvikitteringen kan opbevares.

Underretning om fortrydelsen skal gives til:

Dansk Tandforsikring A/S  
Skudehavnsvej 5  
2100 København Ø  
Tlf: 70 20 46 47  
info@dansk tandforsikring.dk

## **Ordforklaring**

I de følgende forsikringsbetingelser har nedenstående ord følgende betydning:

### Forsikrede

Forsikrede er et medlem af en gruppeordning, hvor forsikredes tænder er dækket af forsikringen. Den forsikrede vil fremgå af forsikringsbeviset.

### Tandsæt

Ved tandsæt forstås forsikredes tænder, tankød og kæbeknogler.

### Regelmæssige tandlægeeftersyn

Ved regelmæssige tandlægeeftersyn forstås, at forsikrede får foretaget almindelige regelmæssige undersøgelser hos autoriseret tandlæge og med den frekvens, der er fastsat af forsikredes tandlæge, dog minimum en gang pr. år.

### Forsikringsår

Omfatter de perioder, hvor forsikringen er i kraft. Første forsikringsår løber fra forsikringens tegningstidspunkt og frem til fornyelsestidspunktet et år efter. Hvis forsikringen fortsat er i kraft, starter herefter et nyt forsikringsår, som igen løber et år og så videre.

### Forsikringstiden

Omfatter hele den periode, hvor forsikringen har været i kraft fra tegningstidspunktet og indtil forsikringen ophører jf. punkt 13: Hvor når ophører forsikringen?.

### Skade

Ved en skade forstås en opstået behandlingskrævende tilstand, der konstateres og diagnosticeres af den pågældendes tandlæge.

## **Personoplysninger**

I forbindelse med etablering af forsikringen har forsikrede givet samtykke til, at Dansk Tandforsikring modtager og anvender de afgivne oplysninger til brug for administration af forsikringen. Du kan altid få oplyst, hvilke personoplysninger vi har registreret om dig.

## **Informationer fra Dansk Tandforsikring**

Ønsker du ikke informationer fra Dansk Tandforsikring om eventuelle tilbud, nyheder og fordele, skal dette meddeles direkte til Dansk Tandforsikring.

## Indholdsfortegnelse

1	Aftalen .....	4
2	Hvem kan tegne forsikringen? .....	4
3	informationer .....	4
4	Betingelser for at dækningen er i kraft.....	4
5	Hvad dækker forsikringen.....	4
6	Forsikringen dækker ikke.....	4
7	Forsikringssum.....	5
8	Selvrisiko.....	5
9	Anmeldelse af skade .....	5
10	Beregning af erstatning.....	6
11	Pristalsregulering .....	6
12	Betaling af præmie.....	6
13	Hvornår ophører forsikringen?.....	6
14	Ændring af præmie og forsikringsbetingelser .....	7
15	Dækning af udgifter fra anden side .....	7
16	Bortfald af krav.....	7
17	Klagemuligheder .....	7

## 1 AFTALEN

Gruppetandforsikringen (herefter kaldet forsikringen) tegnes i Dansk Tandforsikring A/S (herefter kaldet DT).

Forsikringsaftalen består af forsikringsbeviset, gruppeaftalen samt nærværende forsikringsbetingelser. I forbindelse med tegning af forsikringen udstedes et forsikringsbevis til den forsikrede.

For forsikringen gælder endvidere dansk lovgivning, hvis den ikke er fraveget i forsikringsbetingelserne.

## 2 HVEM KAN TEGNE FORSIKRINGEN?

Man skal være mellem 18 og 70 år for at deltage i en gruppeordning. Det vil i gruppeaftalen være nærmere beskrevet, hvem der er berettiget til at indtræde i ordningen.

## 3 INFORMATIONER

Al information fra DT til den forsikrede sker via e-mail, herunder fremsendelse af forsikringsbevis og -betingelser, oplysninger om fornyelse, løbende præmiebetaling samt ændringer i forsikringsaftalen.

De til enhver tid gældende gruppeforsikringsbetingelser vil altid være tilgængelige på DT's hjemmeside [www.dansktandforsikring.dk](http://www.dansktandforsikring.dk)

Det er derfor en betingelse for at have forsikringen, at DT får oplyst en e-mail adresse, hvortil informationer kan sendes. Forsikrede er forpligtet til straks at oplyse DT om eventuelle ændringer i e-mail adressen.

## 4 BETINGELSER FOR AT DÆKNINGEN ER I KRAFT

Hvis forsikrede har gået til regelmæssige tandlægeeftersyn i de seneste 2 år før tegning af forsikringen, træder dækningen i kraft fra tegningstidspunktet.

Opfylder forsikrede ikke ovenstående betingelse om regelmæssige tandlægebesøg, skal forsikrede dokumentere sin tandstatus overfor DT, inden dækningen træder i kraft.

Tandstatus dokumenteres ved, at den forsikrede indsender et tandstatusskema til DT. Skemaet vil herefter være DT's vurderingsgrundlag i forbindelse med afgørelser af fremtidige erstatningsudbetalinger. Udgifter til udarbejdelse af tandstatusskema afholdes af den forsikrede selv.

Tandstatusskema kan findes på [www.dansktandforsikring.dk](http://www.dansktandforsikring.dk) eller kan rekvireres ved henvendelse til DT.

Efter forsikringens ikrafttræden er det desuden en betingelse for opretholdelse af forsikringsdækning, at den forsikrede fortsætter med regelmæssige tandlægebesøg.

## 5 HVAD DÆKKER FORSIKRINGEN

Forsikringen dækker, med mindre andet er aftalt, udgifter til regelmæssige undersøgelser, tandrensning, røntgenoptagelse, almindelige forebyggende behandlinger samt alle behandlinger af egentlig sygdom eller skader på forsikredes tandsæt. De dækningsberettigede behandlinger er defineret i erstatningsoversigten samt i ydelsesoversigten over de ydelser som det offentlige yder tilskud til. Begge lister kan findes på [www.dansktandforsikring.dk](http://www.dansktandforsikring.dk).

Det kan i den enkelte gruppeforsikringsaftale være aftalt, at DT kun dækker de ydelser, hvor det offentlige ikke giver tilskud. Dette vil i så fald fremgå af det udstedte forsikringsbevis.

Det er en betingelse, at behandlingen foretages af en praktiserende tandlæge i et EU/EØS-land.

Hvis behandlingen foretages udenfor Danmark, kan DT stille krav om, at dokumentation for behandling, herunder regning, journal og lignede materiale oversættes til dansk af autoriseret oversætter, og for forsikredes egen regning, før erstatning kan udbetales.

## 6 FORSIKRINGEN DÆKKER IKKE

Forsikringen dækker ikke udgifter til følgende behandlinger af forsikredes tandsæt:

### 6.1 Kosmetiske tandbehandlinger

Alle former for kosmetiske behandlinger.

Som kosmetiske behandlinger betragtes behandlinger, hvis primære formål er at give forsikredes tandsæt et bedre udseende, uden der er tale om behandling af egentlig sygdom i tandsættet, herunder:

- afblegning af tænder,
- anden behandling af misfarvede tænder,
- udskiftning af tandfyldning, der ikke er defekt,
- tandregulering, og
- plast- og porcelænsfacader

samt andre typer behandlinger, der kan sidestilles hermed.

## **6.2 Bestående sygdom eller skade på tegningstidspunktet**

Alle sygdomme samt behandlingskrævende tilstande i tandsættet og skader på forsikredes tænder og mund, som er opstået inden tegning af tandforsikringen vil ikke være dækket herunder:

- Fyldninger, der er så store og/eller dybe, at de udgør en forhøjet risiko for fraktur (brud)
- Forhold vedrørende forsikredes tandsæt, som forsikrede, har kendskab til, eller burde have kendskab til, og som er behandlingskrævende.
- Behandlingskrævende tilstande som er diagnosticeret og journaliseret (f.eks. rodbehandlede tænder).
- Anbefalede og nødvendige behandlinger, som forsikrede, har undladt at få udført og som efterfølgende kræver behandling.
- Forværringer og følger af tilstande, hvor der ikke er foretaget den nødvendige behandling.

Når de behandlingskrævende tilstande måtte være udbedret i overensstemmelse med optimal tandlægefaglig anbefaling vil eventuelt senere opståede og behandlingskrævende tilstande være fuldt dækket af tandforsikringen. Udbedring af sådanne tilstande skal være dokumenteret ved tandlægejournal, røntgenbilleder m.v.

## **6.3 Bideskinner**

Udgifter til bideskinner, medmindre der er tale om en bideskinne, der indgår som en del af behandlingen i forbindelse med skade på forsikredes kæbe. I det tilfælde kan der dækkes én bideskinne pr. skade.

## **6.4 Protetisk arbejde**

Protetisk arbejde (kroner, broer, implantater o. lign.) indsat inden forsikringens tegning.

## **6.5 Behandlinger som følge af manglende regelmæssige tandlægeeftersyn**

Hvis forsikrede ikke opfylder betingelserne om regelmæssig tandlægeeftersyn jf. punkt 4, vil forsikringstager ikke være berettiget til dækning af udgifter til tandbehandlinger.

## **6.6 Følgeskader fra smykker og lignende**

Alle skader på tandsættet, der er opstået som følge af forsikredes brug af smykker,

som limes på tænderne, piercinger i og omkring munden samt andre typer udsmykninger, der kan sidestilles hermed.

## **6.7 Garantiarbejde og fejlbehandling**

Behandling, som er omfattet af garantiordning aftalt mellem tandlægen og den forsikrede, samt fejlbehandling, som tandlægen er forpligtet til at erstatte eller udbedre.

## **6.8 Fortsæt, grov uagtsomhed og andet**

Skader på forsikredes tandsæt, som er forvoldt:

- med fortsæt/vilje,
- ved grov uagtsomhed,
- under påvirkning af alkohol, narkotika, medicin eller andre rusmidler og/eller giftstoffer, og
- under slagsmål og/eller håndgemæng.

## **6.9 Uroligheder og andre særlige situationer**

Alle behandlinger som er en direkte eller indirekte følge af krig, krigslignende forhold, terroraktioner, optøjer, oprør, borgerlige uroligheder, epidemier, nuklear påvirkning eller andre former for force majeure.

## **7 FORSIKRINGSSUM**

Forsikringssummen fremgår af forsikringsbeviset, og kan, hvis dette er aftalt, eventuelt pristalsreguleres med det af Danmarks Statistik offentliggjorte nettopristal (julipristallet). Dette vil i så fald fremgå af det udstedte forsikringsbevis.

Den samlede erstatning for et forsikringsår kan ikke overstige forsikringssummen, uanset antallet af behandlinger.

## **8 SELVRISIKO**

Den for forsikringen gældende selvrisiko, fremgår af forsikringsbeviset, og kan, hvis dette er aftalt, eventuelt pristalsreguleres med det af Danmarks Statistik offentliggjorte nettopristal (julipristallet).

Af forsikringsbeviset vil fremgå om selvriskoen relaterer sig til alle skader indenfor et forsikringsår eller til hver enkelt skade.

## **9 ANMELDELSE AF SKADE**

Forsikrede skal hurtigst muligt efter udført behandling, anmelde krav om erstatning til DT. Udbetaling af erstatning er betinget af, at forsikrede indsender de oplysninger, som DT skønner nødvendige for at kunne tage stilling til om det anmeldte krav er dækningsberetti-

get, herunder tandlægejournal for de seneste to år samt betalt faktura for behandlingen.

Forefindes journalmateriale længere tilbage i tiden er DT ligeledes berettiget til at modtage dette.

DT forbeholder sig, på baggrund af det modtagne materiale, ret til at udarbejde og fremsende et tandstatusskema, som angiver, hvorledes den forsikredes tandsæt i fremtiden vil være dækket.

Eventuelle udgifter til tandlægejournal og anden dokumentation afholdes af den forsikrede selv.

## 10 BEREGNING AF ERSTATNING

Forsikredes udgifter til behandlinger erstattes med op til de beløb, som fremgår af den på behandlingstidspunktet gældende erstatningsoversigt. Oversigten findes på: [www.dansktandforsikring.dk](http://www.dansktandforsikring.dk).

For behandlinger, hvor erstatningsbeløbet for behandlingen ikke fremgår af erstatningsoversigten, dækkes med rimelige og nødvendige udgifter, som fastsættes af DT i det konkrete tilfælde.

Den samlede erstatning for et forsikringsår beregnes som summen af dækningsberettigede udgifter for behandlinger, der er diagnosticeret/journaliseret hos forsikredes tandlæge i det pågældende forsikringsår, fratrukket selvriskoen, jf. punkt 8. Det er således ikke afgørende, hvornår kravet fremsættes, eller behandlingen påbegyndes eller afsluttes, men alene hvornår den behandlingskrævende tilstand er diagnosticeret/journaliseret.

Hvis en skade eller lidelse, ud fra en normal tandlægefaglig vurdering, kræver mere end en behandling, betragtes dette som én samlet skade, også selvom behandlingerne gennemføres over mere end et forsikringsår.

Erstatningen kan aldrig overstige de faktiske behandlingsudgifter.

## 11 PRISTALSREGULERING

DT forbeholder sig ret til at regulere de årlige grundpræmier med en procentsats, der svarer til stigningen i det af Danmarks Statistik offentliggjorte nettopristal (julipristallet).

## 12 BETALING AF PRÆMIE

Første præmie forfalder til betaling, når forsikringen tegnes. Herefter betales præmie et år forud ved hver fornyelse.

Hvis forsikringen har en fast årlig fornyelsesdato, og der er mere end 100 dage til fornyelsen betales forholdsmæssigt præmie frem til fornyelsen. Hvis der er 100 dage eller mindre til fornyelsen, betales én samlet præmie, der dækker den resterende del af forsikringsperioden samt hele den efterfølgende forsikringsperiode.

Betales præmien ikke rettidigt, sender DT en påmindelse om betaling af præmien. Påmindelsen indeholder oplysninger om, at forsikringens dækning ophører, hvis præmien ikke betales indenfor den angivne frist.

Hvis DT har udsendt en sådan påmindelse, er DT berettiget til at opkræve et ekspeditionsgebyr.

Forsikringen skal betales på en af følgende måder:

a) Via et kreditkort, som accepteres af DT. DT bemyndiges til at trække alle nuværende og fremtidige forfaldne præmier.

Inden ethvert træk på kreditkortet sender DT en e-mail til den af forsikrede oplyste e-mail adresse med information herom. E-mailen gælder for DT's påkrav om præmiebetaling.

b) Ud fra et indbetalingskort genereret på baggrund af en af DT modtaget liste over gruppemedlemmer fremsendt af forsikringsmægler eller virksomhed.

## 13 HVORNÅR OPHØRER FORSIKRINGEN?

### 13.1 Automatisk ophør af forsikringen

Forsikringsdækningen ophører automatisk i følgende situationer:

- Ved manglende indbetaling af præmie jf. punkt 12.
- Når forsikrede ikke længere opfylder betingelserne for medlemskab af en gruppe
- Ved udgangen af det kalenderår, hvori forsikrede fylder 70 år.
- Ved forsikredes død.

### 13.2 Hvis forsikrede opsiger forsikringen

Forsikrede kan skriftligt opsige forsikringen med 30 dages varsel til fornyelse af gruppeforsikringen.

Herudover kan forsikrede opsige forsikringen med tre måneders varsel, hvis DT varsler ændring i præmie og/eller forsikringsbetingelser, jf. pkt. 14, og disse er til ugunst for forsikrede.

### **13.3 Hvis DT opsiger forsikringen**

DT kan opsige forsikringen:

- med mindst 3 måneders varsel til fornyelse af gruppeforsikringen.
- uden varsel, hvis forsikrede ved forsikringens etablering eller ved en forsikringshændelse svigagtigt har givet urigtige eller ufuldstændige oplysninger eller fortiet omstændigheder, som er af betydning for DT.

Uanset årsagen til ophør, vil forsikringen ikke have opnået nogen form for værdi ved udtræden af forsikringsforholdet.

### **14 ÆNDRING AF PRÆMIE OG FORSIK- RINGSBETINGELSER**

Udover almindelig pristalsregulering, er DT berettiget til at foretage ændringer i præmie og/eller forsikringsbetingelser med 3 måneders varsel.

### **15 DÆKNING AF UDGIFTER FRA ANDEN SIDE**

Dækkes behandlingsudgifterne af det offentlige, eller af en anden forsikring, herunder sygeforsikringen Danmark, er disse udgifter ikke dækket af DT.

### **16 BORTFALD AF KRAV**

Et eventuelt krav bortfalder, hvis det ikke er fremsat skriftligt overfor DT inden forsikredes død.

Ophører gruppeaftalen eller udtræder den forsikrede af forsikringen, skal et krav om udbetaling af erstatning fremsættes skriftligt overfor DT inden 6 måneder herefter.

I øvrige situationer gælder den til enhver tid gældende lovgivning om forældelse.

### **17 KLAGEMULIGHEDER**

Ved uoverensstemmelser med DT, har du altid mulighed for at klage til:

#### **Ankenævnet for Forsikring**

Klager til Ankenævnet for Forsikring skal indsendes på et særligt klageskema, der kan rekvireres hos Forbrugerrådet, Forsikringsoplysningen eller Ankenævnets sekretariat.

Ved klagens indlevering betales et af Ankenævnet for Forsikring fastsat gebyr, som betales tilbage, hvis klageren får helt eller delvis medhold i klagen.

Ankenævnets adresse er Ankenævnet for Forsikring, Anker Heegaards Gade 2, 1572 København V, Tlf. 33 15 89 00 mellem kl. 10.00 og 13.00.