

Forsikringsbetingelser GO og SMIL tandforsikring Tandsikring Erhverv

Version 2.2, Januar 2015

FORTRYDELSESRET

En indgået forsikringsaftale kan efter forsikringsaftalovens § 34i fortrydes.

Fortrydelsesfristen

Fortrydelsesfristen er 14 dage.

Fristen regnes som udgangspunkt fra den dag aftalen er indgået, f.eks. ved underskrift på kontrakten eller afgivet bestilling via internettet. Efter Forsikringsaftaleloven, 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, som 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 postkvitteringen kan opbevares.

Underretning om fortrydelsen skal gives til:

Dansk Tandforsikring A/S
Jægersborg Allé 14,3
2920 Charlottenlund
Tlf: 70 20 46 47
info@dansktandforsikring.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, tandkød, støttevæv, kæbeknogler og kæbeled.

Regelmæssige tandlægeeftersyn

Ved regelmæssige tandlægeeftersyn forstås, at forsikrede følger tandlægens anbefaling om individuelt tilkald til diagnostisk behandling, dog minimum hver 18. måned.

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: Hvornår 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.....	5
7	Forsikringssum	6
8	Selvrisiko.....	6
9	Anmeldelse af skade.....	6
10	Beregning af erstatning.....	7
11	Pristalsregulering	7
12	Betaling af præmie.....	7
13	Hvornår ophører forsikringen?	7
14	Ændring af præmie og forsikringsbetingelser	8
15	Dækning af udgifter fra anden side	8
16	Bortfald af krav.....	8
17	Klagemuligheder.....	8

1 AFTALEN

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

Forsikringsaftalen består af

- et forsikringsbevis/en forsikringspolice
- en ydelsesliste
- et sæt forsikringsbetingelser

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

1.1 Risikooplysninger

Forsikrede giver DT fuld adgang til journal- og røntgenmateriale i det omfang DT finder det nødvendigt for at sikre, at en erstatningsudbetaling sker i henhold til bestemmelserne i denne aftale.

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

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 minimum de seneste 3 år før tegning af forsikringen, træder dækningen i kraft fra tegningstidspunktet. For forsikringer tegnet før 1. januar 2015 er denne minimumsperiode dog kun 2 år.

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

eller kan rekvireres ved henvendelse til DT.

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

5 HVAD DÆKKER FORSIKRINGEN ?

Forsikringen dækker, med mindre andet er aftalt, nødvendige udgifter til regelmæssige undersøgelser, tandrensning, røntgenoptagelse, almindelige forebyggende behandlinger samt alle behandlinger af egentlig sygdom eller skader på forsikredes tandsæt.

Der godkendes maksimalt to kliniske undersøgelser (regelmæssig diagnostisk undersøgelse/tandrensning/kontrol) pr. år

De dækningsberettigede behandlinger i øvrigt er defineret i erstatningsoversigten samt i ydelsesoversigten over de ydelser, som det offentlige yder tilskud til. Begge lister kan findes på

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 lignende 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, at 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 Svækket tandsæt

Områder i forsikredes tandsæt, som inden tegning af forsikringen, er svækket som følge af store og/eller dybe fyldninger, rodbehandling, paradentose eller andre sygdomme, skader eller tidligere behandlinger.

6.3 Mælketænder

Alle typer behandling af forsikredes eventuelle mælketænder.

6.4 Bestående sygdom eller skade på tegningstidspunktet

Alle sygdomme og skader i forsikredes tandsæt, som er opstået inden tegning af tandforsikringen, vil ikke være dækket herunder:

- 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, der ikke er kronede).
- 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. Dette

omfatter f.eks. situationer, hvor der ikke er foretaget sufficient behandling af cariesangreb.

Når ovennævnte tilstande er fuldt og optimalt behandlet og 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.

6.5 Manglende tænder

Tænder, der inden tegning af forsikringen ikke eksisterer i forsikredes tandsæt (herunder områder med implantater) eller ikke frembrudte tænder.

6.6 Bidskinner

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

6.7 Protetisk arbejde

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

Holdbarheden for protetisk arbejde (kroner og broer) dækket af DT, skal være minimum 5 år for at berettige til dækning af omlavning.

Erstatningsgrundlaget reguleres med 20 % for hvert af de efterfølgende år (påbegyndt), det protetiske arbejde har været anvendt af forsikrede, efter nedenstående tabel:

År:	Erstatning:
1-5	0 %
6	20 %
7	40 %
8	60 %
9	80 %
10	100 %

For implantatbehandlinger, dækket af DT, dækkes ikke en ny implantatbehandling.

DT dækker ikke behandling af tænder, der indgår som bropiller i en bro-konstruktion, hvis der ikke er anden indikation for behandling i øvrigt.

Omlavninger af behandlinger som DT har dækket tidligere, dækkes ikke, hvis omlavningen skyldes mangelfuld kvalitet af det udførte arbejde.

6.8 Behandlinger som følge af manglende regelmæssige tandlægeeftersyn

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

6.9 Manglende overholdelse af tandlægens anvisninger

Såfremt det ved en skade kan konstateres, at forsikrede ikke har overholdt tandlægens anvisninger om tandbørstning, tandtråd, sukkerindtag m.v., og dermed ikke opretholdt god og ordentlig tandhygiejne, og såfremt det kan sandsynliggøres, at dette har medført en forværring af skaden, forbeholder DT sig ret til at foretage reduktion i erstatningen.

6.10 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.

6.11 Følgeskader af medicinering

Skader på tandsættet, der skyldes sygdom eller medicineringsbehov (f.eks. mundtørhed p.g.a. anti-depressiv medicin, kemobehandling, hormonbehandling e.a.), og hvor dette medicineringsbehov og/eller sygdommen er opstået inden tegning af forsikringen.

6.12 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.

6.13 Protetisk Tandlægearbejde i andet EU/EØS-land end Danmark

Protetisk arbejde (kroner, broer, implantater o. lign.) foretaget udenfor Danmark dækkes ikke.

6.14 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.

6.15 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 selvrisikoen 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 dæknings-berettiget, herunder kopi af fuld tandlægejournal inklusiv relevant røntgenmateriale samt betalt faktura for behandlingen.

Journal og røntgenmateriale skal være af læsbar og god kvalitet. Vurderes det, at journalen afviger væsentligt fra retnings-linjerne i bekendtgørelse om "Vejledning om tandlægers journalføring", kan DT kræve en uvildig vurdering hos en af DT udpeget tandlæge. Håndskreven journal kan af DT kræves omskrevet til maskinskrift.

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 fremskaffelse af tandlægejournal og anden dokumentation afholdes af den forsikrede selv.

Forefindes den nødvendige dokumentation ikke, eller er dokumentationen ikke læsbar, er DT berettiget til at afvise en anmeldelse.

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

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

Den samlede erstatning for et forsikringsår beregnes som summen af dæknings-berettigede 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 (julpriis-tallet).

12 BETALING AF PRÆMIE

Forsikrede betaler præmien (incl. præmieafgift) for tandforsikringen forud i henhold til den af DT fremsendte opkrævning.

Første præmie forfalder ved forsikringens ikrafttræ-

den, og alle efterfølgende præmier forfalder på den /de i policen anførte forfaldsdag(e).

12.1 Betalingsservice (Nets)

DT kan opkræve gebyr for anvendelse af betalingsservice (Nets). Hvis forsikringstager ønsker månedlige betalinger, vil DT kræve, at forsikringstager tilmelder betalingerne betalingsservice (Nets).

12.2 Betalingsfrist

Præmien skal betales indenfor den frist, der står angivet på indbetalingskortet eller betalingsopkrævningen.

12.3 Påmindelse

Hvis DT ikke har modtaget præmien indenfor den anførte tidsfrist, sender selskabet et påkrav om betaling inden 21 dage.

12.4 Konsekvens af manglende betaling

Hvis præmien ikke er betalt senest 14 dage efter udløbet af betalingsfristen jf. pkt. 12.3 ovenfor, kan DT opsige forsikringsaftalen med den virkning, at aftalen ophører, hvis præmien ikke er betalt senest 21 dage efter opsigelsen.

13 HVORNÅR OPHØRER FORSIKRINGEN?

13.1 Automatisk ophør af forsikringen

Forsikringsdækningen ophører automatisk i følgende situationer:

- Ved manglende indbetaling af præmie jf. punkt 12.
- Ved udgangen af det kalenderår, hvori forsikrede fylder 70 år.
- Ved forsikredes død.

13.2 Forsikrede opsiger forsikringen

Forsikrede kan skriftligt opsige forsikringen med mindst 1 måneds varsel til fornyelse af forsikringsaftalen.

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 DT opsiger forsikringen

DT kan opsige forsikringen:

- med mindst 3 måneders varsel til fornyelse af forsikringsaftalen.

- uden varsel, hvis forsikrede ved forsikrings-etablering eller ved en forsikrings-hændelse svigagtigt har givet urigtige eller ufuldstændige oplysninger eller fortiet om-stændigheder, som er af betydning for DT.

13.4 Hvis forsikringsdækning ikke er mulig

Hvis det i forbindelse med en skade eller i anden sammenhæng ved gennemgang af røntgen- og journalmateriale viser sig, at forsikredes tandstatus er af en sådan karakter, at forsikredes muligheder for at opnå erstatning er meget ringe, vil forsikringen ophøre til hovedforfald.

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

14 ÆNDRING AF PRÆMIE OG FORSIKRINGS-BETINGELSER

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 helt eller delvist af det offentlige eller af en anden forsikring som f.eks. arbejdsskadeforsikring, patientforsikringen, ulykkesforsikring eller sygeforsikringen "danmark", er disse udgifter ikke dækket af DT.

16 BORTFALD AF KRAV

Ophører 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, Forsikrings-oplysningen 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.