

Dansk Tandforsikring

Tandsikring PLUS

Version 1

Oktober 2015

FORTRYDELSESRET (gælder kun for privattegnede forsikringer)

En indgået forsikringsaftale kan efter forsikringsaftalelovens § 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 bestillingen 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 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
2920 Charlottenlund
Tlf: 70 20 46 47
info@dansktandforsikring.dk

Ordforklaring

I de følgende forsikringsbetingelser har nedenstående ord følgende betydning:

Forsikrede

Forsikrede er den person, hvis tandsæt er dækket af forsikringen. Den forsikrede vil fremgå af forsikringspolice.

Tandsæt

Ved tandsæt forstås forsikredes tænder, tandkød 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. pkt 12: 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, herunder udveksling af oplysninger med andre forsikringsselskaber i tilfælde af dobbeltforsikring (betingelsernes pkt. 14). 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
1.1	Risikooplysninger	4
1.2	Præmieberegning	4
2	Hvem kan tegne forsikringen?	4
3	informationer	4
4	Hvad dækker forsikringen?	4
4.1	Undersøgelse og tandrensning	4
4.2	Dækningsberettigede tænder	4
4.3	Fyldningsterapi	4
4.4	Kirurgisk arbejde	4
4.5	Protetisk arbejde	5
4.6	Behandlinger foretaget uden for Danmark	5
5	Forsikringen dækker ikke	5
5.1	Allerede igangværende eller diagnosticerede arbejder	5
5.2	Behandlingsbehov, der skyldes manglende tandlægebesøg	5
5.3	Kosmetiske tandbehandlinger	5
5.4	Tandretning	5
5.5	Behandlinger udenfor DT's ydelsesliste	5
5.6	Manglende tænder	5
5.7	Garantiarbejde og fejlbehandling	5
5.8	Manglende behandling eller efterlevelse af tandlægens anbefalinger	5
5.9	Fortsæt, grov uagtsomhed og andet	6
5.10	Uroligheder og andre særlige situationer	6
6	Forsikringssum	6
7	Selvrisiko og dækningsprocent	6
8	Anmeldelse af skade	6
9	Beregning af erstatning	6
10	Pristalsregulering	6
11	Betaling af præmie	6
11.1	Betalingservice (Nets)	6
11.2	Betalingsfrist	6
11.3	Påmindelse	7
11.4	Konsekvens af manglende betaling	7
12	Hvornår ophører forsikringen?	7
12.1	Automatisk ophør af forsikringen	7
12.2	Forsikringstager opsiger forsikringen	7
12.3	DT opsiger forsikringen	7
13	Ændring af præmie og forsikringsbetingelser	7
14	Dækning af udgifter fra anden side	7
15	Bortfald af krav	7
16	Klagemuligheder	7

1 AFTALEN

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

Forsikringsaftalen består af

- en forsikringspolice
- en ydelsesliste samt
- et sæt forsikringsbetingelser

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

1.1 Risikooplysninger

DT vil i forbindelse med ansøgning om Tandforsikring Plus, indhente oplysninger om forsikringsansøgers tandstatus i form af journal- og røntgenmateriale fra ansøgers tandlæge.

Hvis kvaliteten af det modtagne journalmateriale ikke giver DT's tandlægekonsulent mulighed for at udarbejde en dækningsoversigt, vil forsikringsansøgers tandlæge blive bedt om at udfylde et tandstatusskema. Udgifterne til udfyldelse af dette afholdes fuldt ud af forsikringsansøgeren. Hvis den fagperson, f.eks. tandlæge eller tandplejer, der udfylder tandstatusskemaet på vegne af forsikringsansøger giver Dansk Tandforsikring urigtige eller ufuldstændige oplysninger, er retsvirkningerne som anført i Forsikringsaftalelovens §§4-10. Dette vil bl.a. sige, at dækningen kan nedsættes, og evt. ophæves helt, svarende til den risiko DT havde ønsket at påtage sig, hvis man havde haft kendskab til de korrekte risikooplysninger.

1.2 Præmieberegning

Forsikringsdækningen og præmien er fastsat ud fra risikooplysningerne, herunder:

- forsikringstagers alder
- antal eksisterende tænder
- antal tænder, der ekskluderes på baggrund af risikooplysningerne

Præmien fastsættes ud fra det antal tænder, der forsikres.

2 HVEM KAN TEGNE FORSIKRINGEN?

Man skal være mellem 18 og 65 år for at tegne forsikringen. Det vil i forsikringsaftalen 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 forsikringspolice og -betingelser, oplysninger om fornyelse, løbende præmiebetaling samt ændringer i forsikringsaftalen.

De til enhver tid til ordningen hørende og senest opdaterede forsikringsbetingelser, 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 HVAD DÆKKER FORSIKRINGEN?

Forsikringen dækker de ydelser, der fremgår af den til ordningen hørende ydelsesoversigt (vedhæftet) med de nedenfor nævnte begrænsninger.

4.1 Undersøgelse og tandrensning

Der ydes 100 % refusion for én årlig tandrensning og ét årligt eftersyn hos tandlægen. Herudover ydes der tilskud til yderligere én årlig tandrensning og ét årligt eftersyn med den i forsikringspolice angivne dækningsprocent.

4.2 Dækningsberettigede tænder

Den af DT specificerede dækningsoversigt angiver de tænder i forsikredes tandsæt, som DT dækker helt eller delvist. (Eksempelvis kan en tand være dækket for cariesbehandling men ikke for krone-behandling). Behandling af de dækningsberettigede tænder, udover undersøgelse og tandrensning, dækkes med den dækningsprocent, der er angivet i forsikringspolice.

4.3 Fyldningsterapi

Holdbarheden for fyldningsarbejde skal være minimum 5 år, før DT dækker en evt. omlavning.

4.4 Kirurgisk arbejde

Holdbarheden af kirurgisk behandling (herunder rodbehandlinger og paradontal-kirurgi) skal være minimum 5 år, før DT dækker en eventuel omlavning.

4.5 Protetisk arbejde

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

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.

4.6 Behandlinger foretaget uden for Danmark

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

Hvis behandlingen foretages udenfor Danmark, er det et krav fra DT, 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.

Protetisk arbejde (kroner, broer, implantater o. lign.) foretaget udenfor Danmark kræver forhåndsgodkendelse af DT.

5 FORSIKRINGEN DÆKKER IKKE

Forsikringen dækker ikke udgifter til følgende behandlinger af forsikredes tandsæt:

5.1 Allerede igangværende eller diagnosticerede arbejder

Behandlinger, der på tegningstidspunktet allerede var påbegyndt eller journaliseret som behandlingskrævende dækkes ikke. Dette gælder uanset, hvad der er anført i dækningsoversigten.

5.2 Behandlingsbehov, der skyldes manglende tandlægebesøg

Følger af manglende overholdelse af regelmæssige tandlægeeftersyn.

5.3 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.

5.4 Tandretning

Tandretningsarbejder på nær tilskud til nyopstået behov for bidskinne

5.5 Behandlinger udenfor DT's ydelsesliste

Tandbehandlinger, der ikke forefindes på den til ordningen hørende ydelsesliste.

5.6 Manglende tænder

Tænder, der inden tegning af forsikringen, ikke eksisterede i forsikredes tandsæt (herunder områder med implantater) eller ikke frembrudte tænder. Dette gælder uanset, hvad der er anført i dækningsoversigten.

5.7 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.

5.8 Manglende behandling eller efterlevelse af tandlægens anbefalinger

Tandlægebehandling nødvendiggjort af, at forsikringstageren har undladt at få udført en af tandlægen foreskrevet behandling eller manglende efterlevelse af

tandlægens anvisninger i øvrigt. Forværringer og følger af tilstande, hvor der ikke er foretaget den nødvendige behandling er ligeledes ikke dækningsberettiget.

5.9 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.

5.10 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.

6 FORSIKRINGSSUM

Den maksimale forsikringssum, der kan udbetales pr. år, fremgår af forsikringspolice, og kan, hvis dette er aftalt, eventuelt pristalsreguleres med det af Danmarks Statistik offentliggjorte nettopristal (julipristallet). Dette vil i så fald fremgå af forsikringspolice.

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

7 SELVRISIKO OG DÆKNINGSPROCENT

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

8 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 dækningsberettiget, herunder kopi af fuld tandlægejournal inklusiv relevant røntgenmateriale samt betalt faktura for behandlingen.

Eventuelle udgifter til 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.

9 BEREGNING AF ERSTATNING

Forsikredes udgifter til behandlinger, refunderes med udgangspunkt i minimum af tandlægens behandlingspris og beløbet, som fremgår af den på behandlingstidspunktet til ordningen hørende ydelsesoversigt.

Oversigten findes på:

www.dansktandforsikring.dk.

For den enkelte dækningsberettigede behandling, beregnes erstatningen som den på forsikringspolice anførte dækningsprocent ganget med behandlingsudgiften, jf. stk. 1 ovenfor.

Erstatningen for den enkelte behandling kan aldrig overstige de faktiske behandlingsudgifter.

10 PRISTALSREGULERING

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

11 BETALING AF PRÆMIE

Forsikringstageren betaler præmien (incl. præmieafgift) for tandforsikringen forud i henhold til den af DT fremsendte opkrævning. Første præmie forfalder ved forsikringens ikrafttræden, og alle efterfølgende præmier forfalder på den /de i police anførte forfaldsdag(e).

11.1 Betalingservice (Nets)

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

11.2 Betalingsfrist

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

11.3 Påmindelse

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

11.4 Konsekvens af manglende betaling

Hvis præmien ikke er betalt senest 14 dage efter udløbet af betalingsfristen jf. pkt. 11.3 ovenfor, kan DT opsige forsikringsaftalen med den virkning, at aftalen ophører, hvis præmien ikke er betalt senest 21 dage efter opsigelsen.

12 HVORNÅR OPHØRER FORSIKRINGEN?

12.1 Automatisk ophør af forsikringen

Forsikringsdækningen ophører automatisk i følgende situationer:

- Ved manglende indbetaling af præmie jf. punkt 11.
- Ved forsikredes død.

12.2 Forsikringstager opsiger forsikringen

Forsikringstager kan skriftligt opsige forsikringen med mindst 3 måneders varsel.

12.3 DT opsiger forsikringen

DT kan opsige forsikringen med mindst 3 måneders varsel til fornyelsesdatoen.

13 ÆNDRING AF PRÆMIE OG FORSIKRINGSBETINGELSER

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

14 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.

15 BORTFALD AF KRAV

Ophører forsikringsaftalen, skal et krav om udbetaling af erstatning for en skade sket i forsikringens løbetid, fremsættes skriftligt overfor DT inden 6 måneder herefter.

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

16 KLAGEMULIGHEDER

Ved uoverensstemmelser med DT, har forsikrede 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.