

Kollektiv Tandforsikring

Forsikringsbetingelser nr. TK1802

Aftalegrundlag

Forsikringen består af forsikringsaftalen (policen), eventuelle tillæg og forsikringsbetingelserne. For forsikringen gælder desuden Lov om forsikringsaftaler og Lov om finansiel virksomhed i det omfang, disse ikke er fraveget.

Tilsyn og Garantifond

Tryg er underlagt tilsyn af Finanstilsynet og er tilsluttet Garantifonden for skadeforsikringsselskaber.

Behandling af personoplysninger og samtykke

På www.tryg.dk/personoplysninger kan du læse mere om, hvordan vi behandler dine personoplysninger. Her finder du blandt andet information om til hvilket formål, vi behandler informationer om dig, hvor oplysningerne bliver registreret, og hvem oplysningerne eventuelt bliver videregivet til. Du kan altid kontakte os, hvis du ønsker at vide mere.

Yderligere oplysninger

Yderligere oplysninger om dækningerne på forsikringen kan fås på www.tryg.dk

Din Tandforsikring består af din forsikringsaftale (policy) og dine forsikringsbetingelser

Husk, når du læser betingelserne

- Forsikringsaftalen viser de dækninger, forsikringssummer og eventuel selvrisiko, forsikringstager har valgt for forsikringen.
- Når vi skriver du i forsikringsaftalen/dækningsoversigten, mener vi den forsikrede person.
- I forsikringsbetingelsernes afsnit 7-9 kan du læse, hvad forsikringen dækker.
- Vær opmærksom på hvad du selv skal sørge for, fx hvilken dokumentation du skal vise os.
- Alle behandlinger og undersøgelser opgøres efter en ydelsesliste, som du kan finde på www.tryg.dk

Som medarbejder skal du

Din Tandforsikring er købt i forbindelse med dit ansættelsesforhold. Hvis du ikke længere er ansat hos den arbejdsgiver, som har købt forsikringen, skal du oplyse dette til vores skadebehandler, hvis du anmelder en sag hos os.

Forsikringen er skattepligtig, og din arbejdsgiver opgiver de skattemæssige forhold til SKAT.

Hvis du får brug for hjælp

Kontakt os altid for at anmelde skaden på 70 11 20 20 eller via www.tryg.dk

Husk

- At få en udskrift af din journal fra tandlægen ved større behandlinger
- Du afregner altid selv direkte med din tandlæge og sender efterfølgende din regning ind til evt. refusion efter endt behandlingsforløb

Indholdsfortegnelse

	Side		Side		Side
1. Hvad skal forsikringstager selv sørge for	3	6.4 Udeblivelse fra behandling	5	10.3 Udbetaling af erstatning	7
2. Hvem er omfattet af forsikringen	3	6.5 Akut behandling	5	10.4 Behandlingsmetode	7
3. Hvad dækker forsikringen	3	6.6 Genbehandling	5	11. Generelle bestemmelser	7
4. Hvor gælder forsikringen	4	6.7 Grov uagtsomhed, beruselse m.m.	5	11.1 Forsikringens betaling	7
5. Hvornår gælder forsikringen	4	6.8 Attester	5	11.2 Forsikringens varighed og opsigelse	7
5.1 Forsikringens start	4	6.9 Krig og lignende	5	11.3 Gebyrer	8
5.2 Forsikringens ophør	4	7. Tandbehandlinger	6	11.4 Præmieregulering og ændring af forsikringsbetingelser	8
6. Generelle undtagelser	4	8. Eftersyn og Tandrensning	6	11.5 Indeksregulering	8
6.1 Behandlingsbehov	4	9. Bidskinne og paradentose	6	11.6 Forsikring i andet selskab - dobbeltforsikring	8
6.2 Kosmetiske behandlinger	4	10. Hvis skaden sker	6	11.7 Mulighed for at klage	8
6.3 Valg af behandler	4	10.1 Anmeldelse	6		
		10.2 Dækning af tænder på anden forsikring	7		

1. Hvad skal forsikringstager selv sørge for

Forsikringstager er den virksomhed, vi har indgået forsikringsaftalen med.

Forsikringstager skal give os besked om følgende:

- forkerte oplysninger i forsikringsaftalen
- ændringer i betalingsadressen
- ændringer i hvem der er forsikrede
- væsentlige ændringer i antal forsikrede (10% eller mere)
- ændring af virksomhedens art

Som arbejdsgiver skal du derudover opgive den skattepligtige pris til SKAT. Du kan finde beløbet på din forsikringsaftale og finde mere viden om den skattepligtige pris på www.skat.dk eller hos din revisor.

Det er vigtigt, at forsikringstager giver os besked, hvis der sker ændringer i de forhold, der er nævnt ovenfor, da de kan have betydning for dækningen eller prisen på forsikringen.

Hvis vi ikke får besked om ændringen, og denne ville have ført til en højere pris på forsikringen, vil de forsikrede få erstatning svarende til forholdet mellem den pris, der er betalt, og den pris der skulle have været betalt. Desuden kan manglende besked til os også medføre, at retten til erstatning helt bortfalder.

2. Hvem er omfattet af forsikringen

Forsikringen dækker den personkreds, der er nævnt på forsikringsaftalen/dækningsoversigten som forsikrede.

3. Hvad dækker forsikringen

Forsikringen erstatter et fast beløb til hel eller delvis dækning af udgifterne i forbindelse med behandling af dine tænder. Behandlingsbehovet skal opstå efter forsikringen er trådt i kraft, se pkt. 5.1

Diagnose og behandling skal udføres af en almenpraktiserende tandlæge (cand.odont).

3.1 Ydelsesliste

Erstatning pr. behandling fremgår af den til enhver tid gældende ydelsesliste på www.tryg.dk. Behandlingstyper og beløbsgrænser kan ændres én gang om året til 1. januar, og det varsles senest en måned før på www.tryg.dk

Ydelseslisten er udtømmende, og erstatning ydes for de behandlinger der fremgår af ydelseslisten. Behandlinger der ikke fremgår af listen, er ikke omfattet af forsikringen.

Det er datoen for første diagnosticering/journalisering der afgør, hvilken ydelsesliste der skal anvendes ved opgørelsen af din eventuelle erstatning.

Beløbet udbetales i danske kroner.

Vi forbeholder os ret til at modregne tilskud fra Sygeforsikringen "danmark" og/eller tilskud fra den offentlige sygesikring, som du eventuelt har ret til.

3.2

Efter aftale med os kan der ydes erstatning af visse ydelser udført af en privat praktiserende, autoriseret tandpleje i Danmark, eksempelvis kontrolundersøgelse eller røntgenundersøgelse.

3.3

I forsikringsaftalen/dækningsoversigten fremgår den maksimale forsikringssum på forsikringen pr. år, begyndende fra 1. januar til 31. december hvert år.

Det er også i forsikringsaftalen/dækningsoversigten du kan se den maksimale årlige selvrisiko på forsikringen, dvs. hvad du selv skal betale før forsikringen dækker udgifter til behandling.

Det er datoen for første diagnosticering/journalisering der afgør, hvilket år forsikringssum og selvrisiko opgøres i, også hvis din behandling strækker sig ind i et nyt kalenderår.

4. Hvor gælder forsikringen

Forsikringen dækker udgifter til tandbehandling i det geografiske område, der er nævnt på forsikringsaftalen/dækningsoversigten.

For at sikre den rigtige og tilstrækkelige dokumentation for behandling uden for Danmark skal du kontakte os inden undersøgelse og behandling. Vi har ret til at afvise dækning, hvis der ikke er tilstrækkelig dokumentation for behandlingen.

5. Hvornår gælder forsikringen

5.1 Forsikringens start

Forsikringen træder i kraft den dag, vi har godkendt tilmeldingen, eller på den senere dato som står i forsikringsaftalen.

5.2 Forsikringens ophør

Forsikringen ophører:

- hvis du træder ud af firmaordningen/gruppeordningen, eller
- ved udgangen af den måned, du fylder 70 år, hvis du er omfattet af en frivillig ordning.

Når forsikringen stopper, mister du samtidig retten til dækning. Behandlinger udført efter du er stoppet, er ikke dækket, med-

mindre de er planlagt og påbegyndt, inden forsikringen ophører. Den planlagte behandling skal være afsluttet inden for 6 måneder efter forsikringens ophør.

Regninger for udført behandling i forsikringstiden skal sendes til os straks og senest 6 måneder fra behandlingens ophør.

6. Generelle undtagelser

6.1 Behandlingsbehov

6.1.1

Forsikringen dækker ikke forudbestående behandlingsbehov. Med forudbestående menes behandling der var anbefalet, planlagt eller som du kendte til/burde kende til, inden du blev omfattet af forsikringen.

6.1.2

Forsikringen dækker ikke udgifter der overstiger, hvad der svarer til udgiften til nødvendig behandling af en tand med sunde nabotænder. Hvis nabotænder til den beskadigede tand mangler, eller er i forvejen svækket som følge af sygdom, genopbygning, rodbehandling, slid, fæstetab, paradentose eller anden sygdom i tænder / omgivende knogler, erstattes som var der tale om sunde nabotænder.

6.1.3

Forsikringen dækker ikke behandlinger, der direkte eller indirekte, skyldes slid/ætseskader på tænderne der er opstået inden forsikringen trådte i kraft.

6.1.4

Ikke optimalt behandlet tænder er ikke dækket af forsikringen. Det kan fx være dårligt udført arbejde eller midlertidige løsninger, der burde være lavet korrekt for at mindske risiko for yderligere forværring.

6.2 Kosmetiske behandlinger

Udgifter til kosmetisk behandling eller følger af kosmetisk behandling dækkes ikke, fx:

- Tandsmykker eller skader fra tandsmykker
- Skader fra piercinger

- Blegning eller behandling af misfarvning af tænder
- Udskiftning af tandfyldninger, der ikke er defekte
- Plast- og porcelænsfacader

6.3 Valg af behandler

Forsikringen dækker ikke behandlinger foretaget af

- Almenpraktiserende læger
- Naturlæger eller andre alternative behandlere
- Dig selv eller din ægtefælle/samlever, dine forældre eller dine børn, eller en virksomhed der tilhører en af disse.

6.4 Udeblivelse fra behandling

Vi betaler ikke for undersøgelse eller behandling, som du udebliver fra uden gyldig grund. Gyldig grund er dødsfald i nærmeste familie, trafikulykke eller lignende.

6.5 Akut behandling

Forsikringen dækker ikke akutbehandling uden for din egen tandlæges åbningstid, dog undtaget 'akut oplukning' i pkt. 7.1.4.

Weekend-, aften- og lignende tillæg er ikke dækket af forsikringen.

6.6 Genbehandling

Forsikringen dækker ikke genbehandling pga. dårlig kvalitet eller ny behandlingsmetode.

6.7 Grov uagtsomhed, beruselse m.m.

Uanset din sindstilstand eller tilregnelighed på sygdoms- eller skadestidspunktet, dækker forsikringen ikke tandskader, du direkte eller indirekte har fremkaldt ved:

6.7.1

Forsæt eller grov uagtsomhed.

6.7.2

Selvforskyldt beruselse, påvirkning af narkotika eller andre rusmidler.

6.7.3

Deltagelse i slagsmål.

6.7.4

Strafbare handlinger.

6.8 Rådgivning, undersøgelser m.m.

Forsikringen dækker ikke udgifter til:

6.8.1

Advokatbistand og anden rådgivning.

6.8.2

Medicin, mundskyl, forbindinger, bandager, tandbøjler, hjælpemidler og lignende.

6.8.3

Læge- og hospitalsbehandling.

6.8.4

Transport til og fra behandlingsstedet.

6.9 Krig og lignende

Forsikringen dækker ikke skade/sygdom, der skyldes:

6.9.1

Følger af atomkernereaktioner og radioaktivt henfald, uanset om skade/sygdom sker i krigstid eller i fredstid.

Forsikringen dækker dog udredning af skade/sygdom, der sker i forbindelse med kernereaktioner, når disse bliver anvendt til sædvanligt industrielt, medicinsk eller videnskabeligt formål. Anvendelsen skal følge aktuelle forskrifter og ikke stå i forbindelse med reaktor- eller accelerator drift.

6.9.2

Krig eller krigslignende tilstande, herunder borgerkrig.

6.9.3

Epidemier, der er defineret af Statens Serum Institut.

7. Tandbehandlinger

7.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker tandbehandlinger på dine tænder, tandkød og kæbeknogler. Det er et krav at behandlingsbehovet er opstået i forsikringstiden.

7.1.1 Behandlinger

Forsikringen dækker behandlinger inden for følgende behandlingsområder:

- Tandfyldninger
- Røntgen
- Bedøvelser
- Rodbehandlinger
- Kirurgiske indgreb
- Dækning af kroner, broer og implantater

7.1.2 Kroner, broer og tandoperationer

Forsikringen dækker udgiften til behandling af kroner, broer og tandoperationer.

Har du modtaget behandling for broer eller kroner på denne forsikring, skal der gå 5 år fra sidste behandling, før du kan modtage genbehandling/omlavning.

Vi dækker ikke kronebehandling på klinisk sunde tænder, der indgår som bropille i en brokonstruktion, hvis der ikke er anden årsag til behandlingen.

7.1.3 Implantater

Forsikringen dækker én implantatbehandling pr. tand i forsikringstiden.

Vi dækker ikke genbehandling af implantater og udgifter forbundet med komplikationer ved implantater (for eksempel brud eller infektion).

7.1.4 'Akut oplukning'

Forsikringen dækker planlagte behandlinger hos din egen tandlæge.

Har du brug for 'akut oplukning' af tanden uden for din egen tandlæges åbningstid, i forbindelse med en rodbehandling og betændelsestilstand, dækker forsikringen 'akut oplukning'.

8. Eftersyn og Tandrensning

(Dækningen gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

8.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker udgifter til:

- tandeftersyn
- tandrensning

Forsikringen dækker eftersyn og tandrensning af dine tænder i forsikringstiden. Den maksimale dækning pr. person pr. kalenderår fremgår af forsikringsaftalen/dækningsoversigten.

9. Bideskinne og paradentose

(Dækningen gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

9.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker:

- Op til 3 bideskinner pr. kalenderår. Det er et krav at bideskinne er anbefalet af tandlægen.
- Behandling for paradentose, når sygdommen er opstået i forsikringstiden.

Forsikringen dækker bideskinner og behandling af paradentose i forsikringstiden. Udgiften til behandling fratrækkes den årlige selvrisko og den årlige forsikringssum. Den maksimale dækning fremgår af forsikringsaftalen/dækningsoversigten.

10. Hvis skaden sker

10.1 Anmeldelse

Du kan anmelde din skade på www.tryg.dk

Har du brug for hjælp, eller har du spørgsmål til anmeldelsen af din skade, er du velkommen til at kontakte vores skadeafdeling på 70 11 20 20.

10.1.1

Når dit behandlingsforløb er færdigt, afregner du selv alle udgifter direkte med din tandlæge og indsender anmeldelse og original regning til refusion hos os. Regningerne skal sendes til os hurtigst muligt og senest 6 måneder fra behandlingens ophør.

Behandlingen skal påbegyndes inden 5 år efter, du var bekendt med behandlingsbehovet.

10.2 Dækning af tænder på anden forsikring

Tandforsikringen dækker ikke dine udgifter til behandling, der er dækket af en anden forsikring med samme risiko eller af den offentlige sygesikring. Har du anmeldt skaden på en ulykkes- eller arbejdsskadeforsikring, og kan modtage erstatning herfra, dækker denne forsikring ikke.

Har du modtaget erstatning eller tilskud fra anden side, som allerede er erstattet af denne Tandforsikring, skal erstatningen betales tilbage til os.

10.3 Udbetaling af erstatning

Vi betaler fast beløb jf. ydelseslisten på www.tryg.dk til den udførte tandbehandling, når vi har modtaget og vurderet de nødvendige oplysninger.

Vi betaler for udgifter til attester, erklæringer og undersøgelser, som vi finder nødvendige for at kunne vurdere sagen.

Det er en forudsætning for dækning på forsikringen, at der er dokumentation for behandlingen, som for eksempel kopi af tandlægejournal, evt. røntgenmateriale eller faktura.

Du er forpligtet til at sende den dokumentation og de oplysninger, vi beder om for at kunne behandle sagen. Vi forbeholder os ret til at indhente relevant journalmateriale ved vurdering af forudbestående tandbehandlingsbehov.ære en tandlæge fra vores tandlægeteam, der vurderer om behandling eller gener har været forudbestående eller er opstået i forsikringstiden.

10.4 Behandlingsmetode

Vi yder kun erstatning til tandbehandling, der sker efter metoder med dokumenteret effekt, og som er anerkendt af de offentlige myndigheder i de lande, hvor behandlingen finder sted.

Vi skal straks orienteres, hvis der sker ændringer i den behandling, der er aftalt med os. Hvis det ikke sker, har vi ret til at afvise dækning.

11. Generelle bestemmelser

11.1 Forsikringens betaling

Forsikringen betales en eller flere gange om året. Det fremgår af forsikringsaftalen, hvad der er valgt.

Første betaling til Tryg skal betales, når forsikringen træder i kraft. Senere opkrævninger skal betales på de forfalds- eller ændringsdatoer, som fremgår af forsikringsaftalen. Udover præmien opkræves eventuelle afgifter, for eksempel skadeforsikringsafgift og statsafgift samt gebyrer, morarenter og andre omkostninger.

Tryg opkræver betalingen via Betalingsservice, indbetalingskort eller efter aftale på anden vis. Opkrævningen sendes til den betalingsadresse, Tryg er blevet oplyst. Hvis betalingsadressen ændres, skal Tryg straks have besked.

Hvis forsikringen ikke betales senest sidste rettidige indbetalingsdag, sender Tryg en rykkerskrivelse med oplysning om, at forsikringens dækning ophører, hvis forsikringen ikke betales senest 21 dage efter, at rykkerskrivelsen er sendt.

11.2 Forsikringens varighed og opsigelse

Forsikringens aftaleperiode fremgår af forsikringsaftalen.

11.2.1

Ved aftaleperiodens udløb fortsætter forsikringen uændret i en tilsvarende periode.

Ved en flerårig aftaleperiodes udløb kan forsikringen dog kun fornyes for en tilsvarende flerårig periode, hvis Tryg har givet meddelelse om fornyelsen tidligst 3 måneder og senest 1 måned før opsigelsesfristens udløb. Hvis Tryg ikke giver denne meddelelse, bliver forsikringen fornyet for 1 år ad gangen, og evt. rabat for flerårig aftaleperiode bortfalder.

11.2.2

Både forsikringstageren og Tryg kan opsig forsikringen skriftligt med en måneds varsel til førstkommende hovedforfaldsdato. Hvis forsikringen er tegnet for en flerårig periode, kan den dog tidligst opsiges af forsikringstageren med 1 måneds varsel til udløbet af den flerårige periode.

11.2.3

Når en skade er anmeldt, kan Tryg opsig eller indføre ændringer i forsikringen, herunder ændring i pris og selvrisiko, med 14 dages varsel. Opsigelsen eller ændringen i forsikringen kan indføres fra skaden anmeldes og til senest 1 måned efter, at erstatningen er udbetalt eller skaden er afvist.

Hvis forsikringstageren ikke godkender ændringen af forsikringen, kan forsikringen opsiges skriftligt inden ændringsdatoen. Sker dette ikke, betragtes ændringen som accepteret, og forsikringen fortsætter på de ændrede vilkår. Hvis forsikringstageren vælger at opsig forsikringen, kan det kun ske mod tilbagebetaling af den evt. rabat, der er ydet for den flerårige aftaleperiode.

11.3 Gebyrer

Tryg er berettiget til at beregne gebyrer til hel eller delvis dækning af omkostningerne ved fx opkrævninger, rykkerskrivelser, inkasso, udpankning, udbetalinger, print og behandling af dokumenter, oversigter, besigtigelser, ekspeditioner og ydelser i forbindelse med forsikrings- og skadebehandling.

Tryg kan ændre eksisterende gebyrer eller indføre nye gebyrer, når det er begrundet i;

- Omkostningsmæssige årsager – fx hvis flere processer eller ydelser digitaliseres, eller der indføres flere selvbetjeningsløsninger
- Forretningsmæssige årsager – fx for at udnytte ressourcer eller kapacitet på en mere hensigtsmæssig måde, eller for at ændre den generelle gebyrstruktur
- Markedsmæssige årsager – fx hvis grundlaget for gebyret har ændret sig, eller hvis kundeadfærden ændres.

Nye gebyrer og ændringer af eksisterende gebyrer varsles via Trygs hjemmeside med 1 måneds varsel til den første dag i en måned.

Tryg kan uden varsel sætte gebyrer ned.

Gældende gebyrer vil altid fremgå af www.tryg.dk eller oplyses ved henvendelse til Tryg.

11.4 Præmieregulering og ændring af forsikringsbetingelser

Tryg kan, uden varsel, foretage mindre justeringer af prisen med virkning fra forsikringens førstkomende forfaldsdato, dog højst med 5% årligt. Forsikringen kan i så fald opsiges skriftligt af forsikringstageren indenfor 14 dage fra modtagelsen af opkrævningen.

Ændring af prisen for forsikringen udover ovennævnte, som ikke er begrundet i ændringer i lovgivningen eller indeksregulering, skal varsles skriftligt senest 1 måned før forsikringens hovedforfaldsdato.

Ændring af forsikringsbetingelserne, der ikke er begrundet i ændringer i lovgivningen og/eller som blot har præciserende karakter, skal varsles skriftligt senest 1 måned før forsikringens hovedforfaldsdato.

Hvis forsikringstageren ikke ønsker at acceptere de varslede ændringer, skal forsikringen opsiges skriftligt senest 14 dage inden ændringsdatoen. I modsat fald fortsætter forsikringen på de ændrede vilkår og/eller til den ændrede pris. Hvis forsikringstageren vælger at opsige forsikringen, kan det kun ske mod tilbagebetaling af den evt. rabat, der er ydet for den flerårige aftaleperiode.

11.5 Indeksregulering

Indeksregulering følger "lønindeks for den private sektor", der er udregnet af Danmarks Statistik. Ophører udgivelsen af dette indeks, eller ændres grundlaget for beregningen, har Tryg ret til at benytte et lignende indeks fra Danmarks Statistik.

Forsikringssummer og selvriscit indeksreguleres, medmindre andet fremgår af forsikringsbetingelserne eller policen.

Indeksreguleringen sker hvert år den 1. januar.

Prisen indeksreguleres en gang om året på forsikringens første betalingsdag i kalenderåret.

11.6 Forsikring i andet selskab – dobbeltforsikring

Hvis der er tegnet forsikring mod samme type skade i et andet forsikringsselskab, er der tale om dobbeltforsikring, og skaden skal anmeldes til begge selskaber.

Tryg betaler ikke erstatning for skader, der er modtaget fuld dækning for hos et andet forsikringsselskab. Har det andet selskab begrænset dækningen i tilfælde af dobbeltforsikring, gælder de

samme begrænsninger i denne forsikring. Dermed er Tryg og det andet forsikringsselskab forpligtede til at betale forholdsmæssig erstatning, hvis skaden er dækket af forsikringen.

11.7 Mulighed for at klage

Er du ikke enig i vores afgørelse, så kontakt den afdeling, der har behandlet din sag. Hvis du stadig ikke er enig, kan du kontakte Kvalitet, som er vores klageansvarlige afdeling:

Tryg
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup
E-mail: kvalitet@tryg.dk

Er du ikke tilfreds med resultatet af din henvendelse til Kvalitet, kan du klage til:

Ankenævnet for Forsikring
Anker Heegaards Gade 2
1572 København
Tlf. 33 15 89 00 mellem kl. 10.00 – 13.00
www.ankeforsikring.dk

Det koster et mindre gebyr at klage til Ankenævnet for Forsikring. Klagen skal indsendes på et specielt skema, som du kan få hos Kvalitet eller ankenævnet.