

Polisvoorwaarden

Inhoud van de polis

1 Begripsomschrijvingen	
2 Prestatiewijze en dekking	
3 Omvang van de dekking	
Abortus	3.21
Audiologische hulp	3.12
Bevalling	3.6
Buitenland	3.26
Cesartherapie	3.16
Dagverpleging	3.2
Dieetpreparaten	3.24
Erfelijkheidsonderzoek	3.11
Fertiliteitsbevorderende behandelingen	3.10
Fysiotherapie	3.16
Geneesmiddelen	3.23
Huisarts	3.22
Hulpmiddelen	3.15
Kraamzorguitkering	3.7
Logopedie	3.17
Medisch-specialistische zorg	3.3
Mensendiecktherapie	3.16
Nierdialyse	3.8
Preventieve geneeskunde	3.18
Privé-kliniek	3.4
Revalidatie	3.5
Second opinion	3.19
Sterilisatie	3.20
Tandheelkundige hulp	3.14
Transplantaties	3.9
Verbandmiddelen	3.25
Ziekenhuisopname	3.1
Ziekenvervoer	3.13
4 Uitsluitingen	
5 Diensten Managed Care	
6 Algemeen	
7 Premie	
8 Premiebetaling en onderbreking van de dekking	
9 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde	
10 Declaraties en onderbreking van de verzekering	
11 Regres	
12 Fraude	
13 Kennisgeving relevante gebeurtenissen	
14 Herziening van premie of voorwaarden	
15 Duur van de verzekering	
16 Toepasselijk recht en klachten	
17 Bepalingen in verband met collectiviteit	

Clausule terrorismedekking

Verzekeringsvoorwaarden

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

1.1 Apotheekhoudend huisarts

Een arts, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstanties en een erkenning heeft als apotheekhouder.

1.2 Apotheker

Een apotheker, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstanties.

1.3 Audiologische hulp

Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psychosociale hulp indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

1.4 AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

1.5 Bijkomende kosten

De medische kosten die, naast de verpleegkosten en de kosten van medisch- specialistische zorg, rechtstreeks verband houden met en zijn gemaakt tijdens een opname in een ziekenhuis, dan wel tijdens de niet klinische medisch- specialistische zorg (zoals kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoeken, bloedtransfusies, geneesmiddelen en gebruik van de operatiekamer).

1.6 Dagverpleging

Een korter dan 24 uur durende bedverpleging in een ziekenhuis, waarvan de noodzaak te voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een medisch-specialist.

1.7 EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden.

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

1.8 Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstanties.

1.9 Geneesmiddelen

Geneesmiddelen welke uitsluitend op recept van de huisarts of een medisch-specialist door een apotheek of een apotheek houdende (huis)arts mogen worden geleverd.

Onder geneesmiddelen worden niet verstaan geneesmiddelen die zonder recept en met name ook bij drogisten verkrijgbaar zijn; ook als zulke geneesmiddelen op recept worden geleverd bestaat geen recht op vergoeding. Hiertoe behoren o.a.:

- versterkende voedingsmiddelen
- vermageringsmiddelen
- vitaminepreparaten
- laxemiddelen.

1.10 Huisarts

Een in de woonplaats of in de verblijfplaats van de verzekerde of in de naaste omgeving daarvan gevestigde arts die als gezinsarts van verzekerde de algemene huisartsenpraktijk uitoefent. Onder het uitoefenen van de algemene praktijk wordt verstaan het verlenen van huisartshulp zowel ten huize van de verzekerde als op het spreekuur van de arts.

1.11 Hulpmiddelen

De medische hulpmiddelen die in het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar zijn opgenomen.

1.12 Kaakchirurg

Een tandarts-specialist, die ter plaatse van de behandeling bevoegd is als specialist werkzaam te zijn, overeenkomstig de aldaar geldende normen.

1.13 Kraaminrichting

Een door de bevoegde overheidsinstanties als zodanig erkende inrichting.

1.14 Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een laboratorium, dat door de bevoegde overheidsinstanties als zodanig is erkend.

1.15 Logopedist

Een logopedist, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstanties.

1.16 Medisch adviseur

De arts, die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

1.17 Medisch-specialist

Een praktiserend arts die ter plaatse van de behandeling bevoegd is als specialist werkzaam te zijn, overeenkomstig de aldaar geldende normen.

1.18 Medisch-specialistische zorg

Zorg of onderzoek volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is en behorend tot het specialisme waarvoor de medisch-specialist is ingeschreven.

1.19 Oefentherapeut Cesar en oefentherapeut Mensendieck

Een gevestigde oefentherapeut Cesar en oefentherapeut Mensendieck, die als zodanig erkend is.

1.20 Opname

Opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, als en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een medisch-specialist of een kaakchirurg noodzakelijk moet zijn.

1.21 Orthodontist

Een tandarts, die voor het betreffende specialisme als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstanties.

1.22 Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze hulp wordt verleend door een aan een door de bevoegde overheidsinstanties erkende instelling voor revalidatie verbonden multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist.

1.23 SOS International

BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International, Hoogoorddreef 58, 1101 BE Amsterdam. Telefoon (020) 651 51 51, fax (020) 651 51 09.

1.24 Tandarts

Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstanties.

1.25 Tandheelkundig adviseur

De tandarts, die de zorgverzekeraar in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.

1.26 Verloskundige

Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstanties.

1.27 Verzekerde

Ieder die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

1.28 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

1.29 Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

Een in Nederland gelegen centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

1.30 Ziektegeval

Elke ononderbroken behoefte aan geneeskundige behandeling, voortgekomen uit één en dezelfde ziekteoorzaak / oorzaken of één en hetzelfde ongeval.

1.31 Ziekenhuis

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten. Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlandse Astma Centrum Davos.

1.32 Ziekenvervoer

Medisch noodzakelijk ziekenvervoer - indien en voor zover om medische redenen openbaar vervoer niet verantwoord is - per ambulance, taxi, huurauto of eigen auto zowel naar als van een ziekenhuis of kraaminrichting, alsmede zowel naar als van de plaats waar de behandelend specialist praktijk uitoefent. Het vervoer dient verband te houden met een medische behandeling, waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van de zorgverzekeraar komen.

1.33 Zorgverzekeraar

Fortis Aanvullende Ziektekostenverzekeringen NV.

Artikel 2 Prestatiewijze en dekking

2.1 Woonland

Deze zorgpolis kan door of ten behoeve van elke in het buitenland woonachtige persoon worden afgesloten.

2.2 Maximale vergoeding

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt in Nederland plaats tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief en in het buitenland tot de aldaar geldende wettelijke tarieven; Indien en voorzover geen (maximum-)tarief, op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg of de in het buitenland geldende wet is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in het desbetreffende woonland geldende marktconforme bedrag.

2.3 Medische grondslag

De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

2.4 Overname incasso zorgverlener

Indien en voor zover de zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de overeenkomst gehouden is, wordt verzekerde/verzekeringnemer geacht aan de zorgverzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de zorgverzekeraar van het voor/door verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

Artikel 3 Omvang van de dekking

3.1 Ziekenhuisopname

3.1.1 Verblijf, verpleging en medisch-specialistische zorg in een ziekenhuis op basis van de laagste klasse.

Vergoeding:

- Volledig gedurende maximaal 365 dagen per ziektegeval.
- Volledig voor de kosten van verpleging van het meeverzekerde kind tot de leeftijd van drie maanden, bij een ziekenhuisopname van de moeder.
- Volledig voor de kosten van verpleging van de meeverzekerde moeder tot maximaal acht dagen na de bevalling, bij een ziekenhuisopname van het kind.

Voorwaarden:

Bij een opname in het Nederlands Astmacentrum te Davos dient vooraf toestemming te zijn verleend door de zorgverzekeraar. Opname geschiedt in Nederland op basis van het 3e klasse tarief. In het buitenland is dit op basis van de goedkoopste klasse. Bij een ziekenhuisopname buiten Nederland moet de verzekerde direct contact opnemen met SOS International.

3.2 Dagverpleging

3.2.1 Verblijf, verpleging en medisch-specialistische zorg in een ziekenhuis. Verblijf in ziekenhuis is korter dan 24 uur.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:

Verband houdend met medisch-specialistische zorg of onderzoek. Niet vergoed worden de kosten van plastische chirurgie.

3.3 Medisch-specialistische zorg (niet-klinisch)

3.3.1 Het honorarium en de bijkomende kosten van medisch-specialistische behandeling.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:

Uitgevoerd in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling, in een door de zorgverzekeraar gecontracteerd ZBC of in de huispraktijk van de medisch-specialist. Niet vergoed worden de kosten van plastische chirurgie.

3.4 Privé-kliniek

3.4.1 Het honorarium en de bijkomende kosten van medisch-specialistische behandeling in een privé-kliniek.

Vergoeding:

Volledig tot het op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief en in het buitenland tot de aldaar geldende wettelijke tarieven. Indien en voorzover geen (maximum-)tarief, op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg of de in het buitenland geldende wet is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in het desbetreffende woonland geldende marktconforme bedrag.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een medisch-specialist in een privé-kliniek. Na (schriftelijke) toestemming vooraf door de zorgverzekeraar.

3.5 Revalidatie

3.5.1 Revalidatie in een klinische situatie of in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

revalidatie kan gepaard gaan met meerdaagse opname, mits daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname. Op voorschrift van revalidatiearts en aan te vragen met een behandelplan. Dit behandelplan dient tenminste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling. Na (schriftelijke) toestemming vooraf door de zorgverzekeraar.

3.6 Bevalling

3.6.1 Bevalling in een ziekenhuis (medisch noodzakelijk).

Vergoeding:

Volledig voor de kosten van het ziekenhuis en het honorarium van de verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg) gedurende maximaal acht dagen.

Voorwaarden:

Opname geschiedt in Nederland op basis van het goedkoopste tarief. In het buitenland is dit op basis van de goedkoopste klasse. Er dient contact te worden opgenomen met SOS International.

3.6.2 Bevalling in een ziekenhuis (niet medisch noodzakelijk)

Vergoeding:

- Tot € 1.000,- per verpleegdag.
- Volledig voor de bijkomende kosten van het ziekenhuis en het honorarium van de verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg) gedurende maximaal vier dagen.

Voorwaarden:

Opname geschiedt in Nederland op basis van het goedkoopste tarief. In het buitenland is dit op basis van de goedkoopste klasse. Er dient contact te worden opgenomen met SOS International.

3.6.3 Bevalling poliklinisch, in een kraaminrichting of thuis

Vergoeding:

Volledig voor de kosten van een poliklinische bevalling en het honorarium van de verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg).

Voorwaarden

Als het ziekenhuis geen poliklinische bevalling in rekening brengt, geldt vergoeding volgens artikel 3.6.1.

3.7 Kraamzorguitkering

3.7.1 Geldelijke uitkering voor zorg na de bevalling door een kraamverzorgende.

Vergoeding:

Een kraamzorguitkering van € 1.400,-. Als binnen acht dagen, met ingang van de dag van geboorte, een ziekenhuisopname plaatsvindt, dan wordt voor iedere gedeclareerde verpleegdag € 175,- in mindering gebracht op de kraamzorguitkering. De dag van ontslag wordt niet in mindering gebracht op de kraamzorguitkering.

Voorwaarden:

De toekomstige kraamvrouw is op de dag van geboorte verzekerd.

3.8 Nierdialyse

3.8.1 Nierdialyse in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) of thuis, de psychosociale begeleiding en niet- medische kosten bij thuisdialyse.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Niet-medische kosten bij thuisdialyse omvat de vergoeding voor kosten voor redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat. Hieronder valt eveneens de opleiding door het dialysecentrum van degene die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn. Overige kosten die rechtstreeks met de dialyse samenhangen, maar waarvoor geen vergoeding voorzien is in een wettelijke regeling. De psychosociale begeleiding wordt verleend door het dialysecentrum. Na (schriftelijke) toestemming vooraf door de zorgverzekeraar.

3.9 Transplantaties

3.9.1 Organtransplantaties en weefseltypering bij verzekerde.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Bij de transplantatie van de volgende donororganen: huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart, long, hart/long, nier/pancreas en lever (orthotoop). De weefseltypering wordt gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). Onderdeel van de vergoeding is ook de verpleging en behandeling van de donor tijdens de transplantatie en medisch-specialistische zorg tot drie maanden na ontslag uit het ziekenhuis. De opname van de donor vindt plaats op basis van de verzekerde klasse

waarvoor de donor verzekerd is. De verpleging en de behandeling van de donor dient verband te houden met de desbetreffende transplantatie.

3.10 Fertiliteitbevorderende behandelingen

3.10.1 Operatieve ingrepen, hormoonbehandelingen en kunstmatige inseminatie.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Bij een algemeen geaccepteerde medische indicatie. Op voorschrift van de behandelend arts en uitgevoerd in een vergunninghoudend ziekenhuis.

3.11 Erfelijkheidsonderzoek

3.11.1 Onderzoek en advisering aan de verzekerde.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

De voor het advies, aan een verzekerde, noodzakelijke onderzoeken bij andere personen komen voor rekening van de zorgverzekeraar(s) van de onderzochte andere persoon of personen. Uitgevoerd in een centrum voor klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing, erkend door de bevoegde overheidsinstantie. Op voorschrift van een arts of medisch-specialist.

3.12 Audiologisch centrum

3.12.1 Audiologische zorg in een audiologisch centrum.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een audiologisch centrum, erkend door de bevoegde overheidsinstantie. Op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

3.13 Ziekenvervoer

3.13.1 Vervoer per ambulance, taxi of eigen auto.

Vergoeding:

- Volledig voor de kosten van vervoer per ambulance of taxi.
- Tot € 0,30 per kilometer bij vervoer per auto.

Voorwaarden:

Als met het oog op de gezondheid, verzekerde niet met het openbaar vervoer kan reizen. Vervoer dient verband te houden met verpleging, onderzoek of behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van de zorgverzekeraar komen. Op voorschrift van een arts of medisch-specialist.

3.14 Tandheelkundige hulp

3.14.1 Tandheelkundige hulp.

Vergoeding:

Tot € 350,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een tandarts.

Toelichting:

Onder dit artikel wordt niet vergoed de kosten van orthodontie (artikel 3.14.5)

3.14.2 Kaakchirurgische zorg (niet-klinisch).

Vergoeding:

Volledig voor het honorarium van een kaakchirurg en de bijkomende kosten van het ziekenhuis.

Voorwaarden:

Op voorschrift van een huisarts of tandarts.

3.14.3 Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Bij een lichamelijke aandoening of een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking, die heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel.

Het betreft uitsluitend de volgende tandheelkundige afwijkingen:

- a. Het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn.
- b. Een kaakgewrichtafwijking (pijndysfunctie-syndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten niet tot het gewenste resultaat heeft geleid.
- c. Een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect)
- d. Een lip- of kaak- of verhemeltespleet (cheilo- of gnatofalatoschisis)
- e. Een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect)
- f. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar geldt dat voor rubriek a en c ook recht op vergoeding bestaat bij vervanging van een of meerdere ontbrekende blijvende snijtanden (en/of hoektanden). De ontbrekende tanden moeten wel het gevolg zijn van het niet aangelegd zijn of het gevolg zijn van een ongeval. Behandeling wordt uitgevoerd in een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum en de behandeling vereist een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid. Aan te vragen met een behandelplan en na (schriftelijke) toestemming vooraf door de zorgverzekeraar.

3.14.4 Orthodontische behandeling in bijzondere gevallen

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Bij een schisisafwijking (lip-, kaak- of verhemeltespleet) of bij een vergelijkbare zeer ernstige orthodontische afwijking, na een kaakchirurgische operatie. Na (schriftelijke) toestemming vooraf door de zorgverzekeraar.

3.14.5 Orthodontische behandeling verzekerden tot

21 jaar.

Vergoeding:

Tot € 1.400,- per verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.

3.14.6 Tandheelkundige hulp bij een lichamelijke en/of geestelijke handicap.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Bij een lichamelijke en/of geestelijke handicap waardoor een langere behandelingsduur nodig is dan normaal en als er geen recht bestaat op vergoeding volgens de AWBZ. Na (schriftelijke) toestemming vooraf door de zorgverzekeraar.

3.15 Hulpmiddelen

3.15.1 Aanschaf, correctie, vervanging of herstel van medische hulpmiddelen volgens het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

De hulpmiddelen zijn noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd. Dit ter beoordeling van de zorgverzekeraar. Op voorschrift van de behandelend arts of medisch-specialist en na toestemming vooraf door de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan nadere voorwaarden stellen. Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van de polisvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

3.16 Fysiotherapie en oefentherapie

3.16.1 Behandeling van fysiotherapie en oefentherapie.

Vergoeding:

Tot 25 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Behandelingen worden uitgevoerd door een (kinder-) fysiotherapeut, bekkentherapeut, oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck, oedeemtherapeut of manueel therapeut.

3.17 Logopedie

3.17.1 Behandelingen door een logopedist.

Vergoeding:

Tot negen behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Op voorschrift van een huisarts of specialist. Uitgevoerd door een logopedist. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van dyslexie (tenzij er sprake is van logopedische problemen van medische aard) en van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is

van dialect en/of anderstaligheid.

3.18 Preventieve geneeskunde

3.18.1 Preventieve onderzoeken naar hart - en bloedvaten, baarmoederhalskanker en borstkanker.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Onderzoeken dienen te worden uitgevoerd door een medisch specialist in een ziekenhuis of door een huisarts.

3.18.2 Kosten van de preventieve vaccinaties voor griep, hondsdoelheid, rode hond, tetanus, hepatitis-B en meningokokken .

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Vaccinaties dienen te worden gegeven door een medisch specialist in een ziekenhuis of door een huisarts.

3.19 Second opinion

3.19.1 Raadplegen van een andere arts dan de behandelend arts over een door de behandelend arts voorgestelde operatie.

Vergoeding:
Volledig.

3.20 Sterilisatie

3.20.1 Sterilisatie.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
De behandeling dient te worden uitgevoerd in een ziekenhuis.

3.21.1 Abortus

3.21.1 Medische kosten van abortus.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
De ingreep dient te worden uitgevoerd door een medisch-specialist in een ziekenhuis of in een in Nederland gevestigde door de overheid erkende kliniek die speciaal voor de bovengenoemde behandeling is ingericht.

3.22 Huisarts

3.22.1 Honorarium van de huisarts en kosten van laboratoriumonderzoek.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:

Laboratoriumonderzoek op voorschrift van de huisarts.

3.23 Geneesmiddelen

3.23.1 De kosten van geneesmiddelen.

Vergoeding:
Volledig voor de kosten van geneesmiddelen.

Voorwaarden:
Op voorschrift van een huisarts, tandarts, verloskundige, medisch-specialist of kaakchirurg en geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

3.24 Dieetpreparaten

3.24.1 De kosten van dieetpreparaten.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Als er sprake is van een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis. Op voorschrift van een huisarts of medisch-specialist en na (schriftelijke) toestemming vooraf door de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan nadere voorwaarden stellen.

3.25 Verbandmiddelen

3.25.1 De kosten van verbandmiddelen

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Bij een ernstige aandoening waarbij langdurig medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.

3.26 Buitenland

3.26.1 Tijdens tijdelijk verblijf

3.26.1 De kosten van zorg in een ander land dan het woonland.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
De zorg dient plaats te vinden tijdens tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland en slechts bij acute ziekte of ongeval. De zorg dient niet het doel van de reis naar het buitenland vormen. Bij spoedeisende zorg is verzekerde verplicht direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International.

3.26.2 EU- en EER-staten

3.26.2 De kosten van zorg in een EU of EER lidstaat anders dan het woonland.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:

De zorg is het doel van de reis naar het buitenland.
Na (schriftelijke) toestemming vooraf door de zorgverzekeraar.
Behandeling in het buitenland is op voorschrift van een medisch-specialist.

3.26.3 Repatriëring

3.26.3 Vervoer (inclusief de noodzakelijke medische begeleiding en begeleiding door een gezinslid van de betreffende zieke verzekerde) per ziekenauto of ambulancevliegtuig naar het woonland.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Verzekerde dient direct contact op te nemen of te laten opnemen met SOS International. Slechts in geval van acute ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel van verzekerde bestaat er recht op repatriëring. De verzekerde dient medewerking te verlenen aan het verkrijgen van een schriftelijke verklaring van de behandelend arts waaruit blijkt dat vervoer verantwoord is en dat de gekozen wijze van vervoer alsmede de vorm van eventuele medische begeleiding noodzakelijk is. Voor vervoer per ambulancevliegtuig geldt bovendien dat de repatriëring het redden van het leven en/of het voorkomen of verminderen van de te verwachten invaliditeit van verzekerde moet beogen. Repatriëring dient plaats te vinden naar het woonland.

3.26.4 Vervoer van het stoffelijk overschot, begrafenissen of crematie ter plaatse

Vergoeding:
Tot € 10.000,-

Voorwaarden:
De nabestaanden dienen direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International.
Vervoer van het stoffelijk overschot dient plaats te vinden naar de woonplaats in het op het polisblad vermelde woonland.

Toelichting:
Ingeval van overlijden van verzekerde bestaat recht op vergoeding van de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot naar een woonplaats in het woonland, waaronder de kosten van de voor het vervoer noodzakelijke kist. Er kan ook gekozen worden voor vergoeding van de begrafenissen of crematie ter plaatse.

Er bestaat geen recht op hulpverlening en vergoeding van kosten, indien de reis naar het buitenland tot doel had een medisch behandeling te ondergaan.

3.26.5 SOS Hulpverlening

Er bestaat tijdens tijdelijk verblijf recht op hulpverlening door SOS International. Een team van Nederlandse verpleegkundigen is telefonisch bereikbaar voor allerhande vragen op medisch gebied en kan verzekerde van advies voorzien. Als medische hulp noodzakelijk is, kunnen zij verzekerde doorverwijzen naar een betrouwbare zorginstelling in de buurt van uw verblijf. Telefoon: 0031 (0)20 651 51 51.

3.26.6 Betaalwijze

Uitkering vindt plaats in Nederland in een Nederlands wettig betaalmiddel tegen de omrekenkoers op de dag dat de zorgverzekeraar de uitkering vaststelt.

Artikel 4 Uitsluitingen

Geen vergoeding wordt verleend voor:

4.1 Na-u-clausule

de kosten die gedekt zijn onder een andere (speciale) verzekering, al dan niet van oudere datum, of onder een andere verzekering gedekt zouden zijn indien onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan;

4.2 Samenloop

zover door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt krachtens:

- een wettelijk geregelde verzekering;
- regeling van overheidswege;
- enigerlei subsidieregeling;
- of een andere overeenkomst.

In een dergelijk geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig en zullen alleen de kosten voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaan waarop de verzekeringnemer of de verzekerde elders aanspraak zou kunnen doen gelden;

4.3 AWBZ

verstrekkingen krachtens de AWBZ waarop verzekerden op grond van die wet geen recht hebben. Tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen hebben niet-ingezetenen geen recht op vergoeding van kosten welke voor Nederlands ingezetenen voor rekening van de AWBZ zouden komen;

4.4 Eigen bijdrage AWBZ

eigen bijdragen krachtens de AWBZ en eigen bijdragen bij bevolkingsonderzoeken;

4.5 Niet nagekomen afspraak

declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;

4.6 Preventieve geneeskunde

de kosten van keuringen en het afgeven van attesten, uitgezonderd het bepaalde in artikel 3.18. Tevens wordt geen vergoeding verleend voor behandeling in het kader van bevolkingsonderzoek, zoals bepaald in de Wet op het Bevolkingsonderzoek, wanneer deze behandelingen in Nederland worden uitgevoerd. Op basis van deze bepaling wordt tevens geen vergoeding verleend voor preventief diagnostisch onderzoek;

4.7 Celtherapie

de kosten van celtherapie;

4.8 Geestelijke gezondheidszorg

alle kosten die verband houden met de behandeling van de geestelijke gezondheid;

4.9 Fitness

de kosten van fysiofitness en medische fitness, al dan niet onder begeleiding van een fysiotherapeut;

4.10 Dekking

de kosten welke zijn gemaakt in de periode dat deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van

behandeling bepalend is;

4.11 Molest

kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf; -indien de schade is veroorzaakt door terrorisme is de dekking gelimiteerd tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar binnen de aanspraak op schadevergoeding ontvangt van de NHT (Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschade) zie clause terrorismedekking;

4.12 Atoomkernreacties

kosten welke zijn veroorzaakt door of verband houden met atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.

4.12.1 De uitsluiting onder 4.12 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979, 225).

4.12.2 Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 4.12.1 geen toepassing.

Artikel 5 Diensten Managed Care

De verzekerde kan terecht bij de ervaren verpleegkundigen van de afdeling Managed Care voor algemene informatie over gezondheid, ziekte en preventie. De afdeling Managed Care is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer (010) 401 79 84 en per mail via managed.care@nl.fortis.com.

Artikel 6 Algemeen

6.1 Grondslag van de verzekering

Aan deze overeenkomst liggen ten grondslag de in het aanvraagformulier en voor zover van toepassing de gezondheidsverklaring verstrekte opgaven en inlichtingen door de verzekeringsnemer aan de maatschappij, alsmede - indien medische keuring heeft plaatsgevonden - de bij die keuring door verzekeringsnemer en/of verzekerde verstrekte gegevens.

Verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht de gestelde vragen in voornoemde opgaven en verklaringen zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor feiten en omstandigheden die betrekking hebben op een bij het sluiten van deze verzekering bekende derde, wiens belangen worden meeverzekerd en die de leeftijd van 16 jaar heeft bereikt.

Feiten en omstandigheden die verzekeringnemer en/of verzekerde kent of behoort te kennen nadat verzekeringnemer deze aanvraag heeft ingezonden, maar voordat de zorgverzekeraar heeft bericht over zijn definitieve beslissing het door u ter verzekering aangeboden risico al dan niet te verzekeren, dient

verzekeringnemer en/of verzekerde alsnog aan de zorgverzekeraar mede te delen indien deze vallen onder de vraagstelling in voornoemde opgaven en verklaringen.

Indien verzekeringsnemer en/of verzekerde niet of niet volledig aan zijn mededelingsplicht heeft voldaan, kan zulks ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. Indien verzekeringsnemer en/of verzekerde met opzet tot misleiden van de zorgverzekeraar heeft gehandeld of deze bij kennis omtrent de ware stand van zaken de verzekering nimmer zou hebben gesloten, heeft de zorgverzekeraar tevens het recht de verzekering op te zeggen.

6.2 Begin en einde van de vergoeding

Indien op grond van de eerdere bepalingen in deze voorwaarden recht bestaat op vergoeding van gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover de zorg is genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

6.3 Privacyreglement

De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering verstrekte persoonsgegevens worden door de zorgverzekeraar verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en/of financiële diensten en het beheren van daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en het uitvoeren van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand. Op deze verwerking van persoonsgegevens is de gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf" en het addendum Zorgverzekeraars van toepassing. In deze gedragscode worden rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst van de gedragscode kunt u opvragen bij het informatiecentrum van het Verbond van Verzekeraars, Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon: (070) 333 87 77, www.verzekeraars.nl.

6.4 Machtiging

Een door de zorgverzekeraar afgegeven machtiging geldt niet langer dan de looptijd van de verzekering en is afgegeven onder voorbehoud van wijziging in wet en regelgeving.

6.5 Kennisgeving

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan het laatst bekende adres of aan het adres van degene door wiens bemiddeling de verzekering loopt, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

Artikel 7 premie

7.1 Premie verschuldigd

Krachten de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.

7.2 Premierestitutie

Behalve bij opzegging wegens opzet de zorgverzekeraar te misleiden, wordt bij tussentijdse opzegging de lopende premie naar billijkheid verminderd.

Artikel 8 Premiebetaling en onderbreking van de dekking

8.1 Premiebetaling

De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze,

dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen.

Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren.

Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

8.2 Onderbreking van de dekking

Indien de verzekeringnemer de verschuldigde premie niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn.

Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de dekkingsonderbreking is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

Artikel 9 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde

9.1 Schademeldingsplicht

Zodra verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde op de hoogte is of behoort te zijn van een gebeurtenis die voor zorgverzekeraar tot een uitkeringsplicht kan leiden, is hij verplicht die gebeurtenis zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is aan zorgverzekeraar te melden.

9.2 Schade-informatieplicht

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn aan zorgverzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die voor zorgverzekeraar van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.

9.3 Medewerkingsplicht

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht hun volle medewerking te verlenen en alles na te laten wat de belangen van zorgverzekeraar zou kunnen benadelen.

9.4 Originele nota's

De verzekeringnemer/verzekerde dient de originele nota's binnen drie jaren gerekend vanaf de factuurdatum, bij de zorgverzekeraar in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Computer-nota's dienen door de zorgverlener gewaarmerkt te zijn.

9.5 Belangen van de zorgverzekeraar

Aan deze verzekering kunnen geen rechten worden ontleend indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een of meer van bovenstaande polisverplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van zorgverzekeraar heeft benadeeld. Elk recht op uitkering komt te vervallen, indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde de

hiervoor genoemde verplichtingen niet is nagekomen met de opzet de zorgverzekeraar te misleiden.

Artikel 10 Declaraties en onderbreking van de dekking

10.1 Rechtstreeks betaalde declaraties

De zorgverzekeraar heeft het recht om declaraties van zorgverleners, die bij de zorgverzekeraar zijn ingediend door de zorgverlener, rechtstreeks te voldoen aan de zorgverlener. Verzekeringnemer heeft recht op een specificatie van de betaalde bedragen door middel van een uitkeringsbrief.

10.2 Verschuldigde bedragen

De in artikel 10.1 genoemde declaratie zal door de zorgverzekeraar volledig aan de zorgverlener betaald worden, ook al komt de declaratie niet volledig voor vergoeding in aanmerking, door bijvoorbeeld een openstaand eigen risico of een beperkte vergoedingsregeling. Verzekeringnemer dient het eigen risico of vergoeding(en), voorzover deze boven de beperkte vergoedingsregeling uitkomen, te voldoen aan de zorgverzekeraar.

10.3 Vordering in het algemeen

De in artikel 10.2 omschreven bedragen zijn verschuldigd zodra verzekeringnemer hiervan bericht heeft ontvangen. De verzekeringnemer dient de verschuldigde bedragen aan de zorgverzekeraar, binnen de genoemde termijn, te voldoen. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

10.4 Onderbreking van de dekking

Indien verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de genoemde termijn betaalt, volgt nog een aanmaning. Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn. Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de dekkingsonderbreking is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

Artikel 11 Regres

De verzekeringnemer of verzekerde is verplicht:

- a. de zorgverzekeraar inlichtingen te verschaffen en medewerking te verlenen bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- b. alvorens met een derde, of degene die voor of namens de derde optreedt - daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde - een regeling treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, contact op te nemen met de zorgverzekeraar.

In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling te treffen, waaronder mede begrepen het

verlenen van kwijting, waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten zou worden benadeeld.

Indien verzekerde geheel of gedeeltelijk niet voldoet aan het in dit artikel bepaalde is hij tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de kant van de zorgverzekeraar geleden schade.

Artikel 12 Fraude

12.1 Definitie

Fraude is het opzettelijk onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van vergoeding en/of verstrekking van de zorgverzekeraar. Tevens omvat fraude het met opzet misleiden van de zorgverzekeraar met als doel het afsluiten van een verzekeringsovereenkomst die de zorgverzekeraar bij juiste kennis van zaken niet of onder andere voorwaarden zou hebben gesloten.

12.2 Vervallen rechten

Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op vergoeding vervalt indien de verzekeringnemer en/of verzekerde en/of een bij de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan met betrekking van een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor de zorgverzekeraar bij de beoordeling van de ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op vergoeding en/of verstrekking ten aanzien van de gehele vordering, ook voor het hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/ of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

12.3 Aangifte

Als er sprake is van fraude als bedoeld in artikel 12.1, kan dit tot gevolg hebben dat de zorgverzekeraar aangifte doet bij de politie.

12.4 Einde overeenkomst

De zorgverzekeraar heeft het recht de overeenkomst, in geval van fraude te beëindigen.

12.5 Registratie fraude

De zorgverzekeraar kan registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen.

12.6 Vordering

Als er sprake is van fraude, als bedoeld in artikel 12.1, heeft de zorgverzekeraar het recht tot terugvordering van de uitgekeerde vergoeding en gemaakte kosten.

Artikel 13 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

13.1 Kennisgeving

De verzekeringnemer is verplicht binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d.

Artikel 14 Herziening van premie of voorwaarden

14.1 Herziening

De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende zorgpolissen en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de zorgverzekeraar vast te

stellen datum. De zorgverzekeraar doet van de voorgenomen herziening schriftelijk mededeling.

14.2 Verstrijken termijn beëindigen overeenkomst

Heeft de zorgverzekeraar binnen 30 dagen na de in het eerste lid genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

Artikel 15 Duur van de verzekering

15.1 Begin van de verzekering

De verzekering gaat in op de datum dat de zorgverzekeraar het verzoek daartoe alsmede de aanduiding van de variant waarvoor verzekerde kiest, heeft ontvangen, mits geaccepteerd. De ingangsdatum wordt op het polisblad vermeld.

15.2 Looptijd

Vanaf 1 januari voor onbepaalde tijd, met jaarlijks de mogelijkheid om de verzekering op te zeggen.

15.3 Einde van de verzekering

15.3.1 Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens schriftelijke opzegging door de zorgverzekeraar in navolgende gevallen:

15.3.1.1 Indien verzekeringnemer en/of verzekerde de verschuldigde premie of de verschuldigde bedragen als bedoeld in artikel 8.1, niet tijdig betaalt of weigert te betalen, heeft de zorgverzekeraar het recht de verzekering, met inachtneming van de procedure als bedoeld in artikel 8.2 onderbreking van de dekking, te beëindigen;

15.3.1.2 Indien binnen twee maanden na de ontdekking dat verzekeringnemer fraude heeft gepleegd, als bedoeld in artikel 12.1, of de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen en verzekeringnemer en/of verzekerde daarbij heeft gehandeld met de opzet de zorgverzekeraar te misleiden dan wel de zorgverzekeraar de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum.

15.3.2 De verzekering eindigt door een schriftelijke opzegging door verzekeringnemer in navolgende gevallen:

15.3.2.1 Tegen het einde van de op het polisblad vermelde geldigheidsduur met inachtneming van een opzeggingstermijn van twee maanden;

15.3.2.2 Indien de verzekeringnemer niet met een herziening als bedoeld in artikel 14.1 akkoord gaat.

Verzekeringnemer dient de verzekering binnen één maand na ontvangst van de schriftelijke mededeling als bedoeld in artikel 14.1 van zorgverzekeraar op te zeggen.

De verzekering eindigt op de dag waarop de wijziging volgens de schriftelijke mededeling van zorgverzekeraar ingaat. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven. De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering door verzekeringnemer of verzekerde geldt niet indien:

- de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen en bepalingen;
- de wijziging van de premie voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde wiens leeftijd bepalend is voor de premie;
- de wijziging een verlaging van de premie bij

gelijkblijvende dekking inhoudt;

- de wijziging een uitbreiding van de dekking bij gelijkblijvende premie inhoudt;

15.3.2.3 Indien binnen twee maanden nadat de zorgverzekeraar tegenover verzekeringnemer een beroep op de niet nakoming van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft gedaan. De verzekering eindigt op de datum die in de opzeggingsbrief is vermeld of bij gebreke daarvan op de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief.

15.3.2.4 Indien de bij de zorgverzekeraar afgesloten ziektekostenverzekering eindigt, kan verzekeringnemer de aanvullende verzekering eveneens laten eindigen. In dit geval eindigt de aanvullende verzekering gelijktijdig met de ziektekostenverzekering. Opzegging van de aanvullende verzekering dient schriftelijk te geschieden en is mogelijk tot uiterlijk de datum waarop de ziektekostenverzekering eindigt.

15.3.3 De verzekering eindigt in navolgende gevallen:

15.3.3.1 De verzekering eindigt de volgende dag ingeval van overlijden van de verzekerde. De zorgverzekeraar dient binnen twee maanden na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden;

15.3.3.2 De verzekering eindigt (tenzij na schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar anders is overeen gekomen) voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze verzekerde is op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.

Artikel 16 Toepasselijk recht en klachten

16.1 Toepasselijk recht

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

16.2 Klachten

16.2.1 Intern klachtenbureau

Indien een verzekeringnemer en/of een verzekerde het niet eens is met een door de zorgverzekeraar, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, kan hij de zorgverzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan het interne klachtenbureau.

16.2.2 Ombudsman Zorgverzekeringen

Wanneer het oordeel van de maatschappij voor de verzekerde niet bevredigend is, kan deze zich wenden tot de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist. Telefoon: (030) 698 83 60.

16.2.3 De rechter

Wanneer verzekeringnemer en/of verzekerde geen gebruik wil maken van de klachtenbehandelingsmogelijkheden, of de behandeling of uitkomst niet bevredigend vindt, kan hij het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.

Artikel 17 Bepalingen in verband met collectiviteit

De volgende bepalingen gelden alleen voor polissen die zijn afgesloten binnen een collectief contract.

17.1 Uitdiensttreding

Als een verzekerde een functie elders aanvaardt, wordt de verzekering zonder selectie voortgezet tegen een gelijkwaardige individuele verzekering. De uitdiensttreding dient voor de datum van beëindiging van het oude dienstverband te worden gemeld bij de zorgverzekeraar. Bijzondere afspraken die uitsluitend gelden voor het collectief worden op de individuele verzekering niet voortgezet.

17.2 Nieuwe collectieve verzekering

De verzekeringnemer heeft het recht de verzekering tussentijds op te zeggen, met ingang van de dag van beëindiging van het oude dienstverband in verband met het aangaan van een nieuw dienstverband, indien de reden van opzegging betreft een overstap van de ene collectieve verzekering in verband met het dienstverband naar de andere collectieve verzekering in verband met het dienstverband. De verzekeringnemer kan de oude zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. Zowel de opzegging als de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht, en gaan beiden in per de eerste van dezelfde kalendermaand.

17.3 Afbreuk collectief karakter

De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor, als aan het collectieve karakter van dit contract in aanzienlijke mate afbreuk wordt gedaan, het contract tussentijds te beëindigen met inachtneming van een opzegtermijn van een maand.

Clausule terrorismedekking

Op deze verzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT).

De tekst van de clausule terrorismedekking is op verzoek bij de zorgverzekeraar opvraagbaar.