

Polisvoorwaarden

Inhoud van de polis

- 1 Begripsomschrijvingen
- 2 Prestatiewijze en dekking
- 3 Omvang van de dekking
- 4 Uitsluitingen
- 5 Algemeen
- 6 Premie
- 7 Premiebetaling en betalingsachterstand
- 8 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde
- 9 Declaraties en onderbreking van de dekking
- 10 Regres
- 11 Fraude
- 12 Kennisgeving relevante gebeurtenissen
- 13 Herziening van premie of voorwaarden
- 14 Duur van de verzekering
- 15 Toepasselijk recht en klachten
- 16 Bepalingen in verband met collectiviteit

Clausule terrorismedekking

Verzekeringsvoorwaarden

1 Begripsomschrijvingen

1.1 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.

1.2 Kaakchirurg

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

1.3 Marktconform tarief

Het marktconforme tarief is het tarief dat in de Nederlandse markt gebruikelijk is en in redelijke verhouding staat tot het tarief dat andere zorgverleners in rekening brengen.

1.4 Medisch adviseur

Een arts die ingeschreven is als arts Beleid en Advies in het door de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC) ingesteld Profielregister of die ingeschreven is als arts Maatschappij en Gezondheid in het door de SGRC ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en als zodanig werkzaam is bij een zorgverzekeraar.

1.5 Mondhygiënist

Een mondhygiënist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

1.6 NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit.

1.7 Tandarts

Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

1.8 Tandprotheticus

Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit "opleidings-eisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

1.9 Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, niet zijnde lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische Ruimte, of Zwitserland. Deze staten zijn: 'Australië (alleen tijdelijk verblijf), Bosnië- Herzegovina, Japan, Kaapverdië, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije'.

1.10 Verzekerde

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

1.11 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

1.12 Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

1.13 Zorgverzekeraar

ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen NV.

1.14 Zorgverzekering

Een bij een verzekeraar afgesloten zorgverzekering op basis van de Zorgverzekeringwet.

2 Prestatiewijze en dekking

2.1 Woonland

Deze zorgpolis kan door of ten behoeve van elke verzekeringplichtige in Nederland alsmede een in het buitenland woonachtige verzekeringplichtige worden afgesloten.

Voor verzekerden die wonen in Zeeuws Vlaanderen of op kortere afstand dan 10 kilometer van de Belgische of Duitse grens in de rest van Nederland geldt, dat de kosten van zorg voor vergoeding in aanmerking komen indien de zorg wordt genoten in België of Duitsland. Indien de afstand groter dan 10 kilometer is, is vooraf toestemming van verzekeraar vereist.

Vergoeding vindt plaats tot het maximale tarief zoals genoemd in artikel 2.4. De nadere voorwaarden van de

desbetreffende artikelen blijven van kracht.

2.2 Aanvullend op zorgverzekering

Deze tandartsverzekering verleent een aanvullende verstrekking of vergoeding op een zorgverzekering. Er wordt pas vergoeding verleend als de kosten op de zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen. Kosten die onder het eigen risico van de zorgverzekering vallen, worden niet aanvullend uitgekeerd op deze tandartsverzekering.

2.3 Woonachtig in het buitenland

Deze verzekering verleent tevens een vergoeding voor in het buitenland woonachtige verzekerden voor de kosten van tandheelkundige zorg die volgens deze verzekering voor vergoeding in aanmerking komen als de behandeling had plaatsgevonden in Nederland. De zorg dient plaats te vinden in het woonland. Het woonland is het land dat lid is van de EU of EER dan wel aangemerkt wordt als verdragsland.

2.4 Maximale vergoeding

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- indien en voor zover geen (maximum-)tarief, op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

2.5 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.

2.6 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.

2.7 Wijziging van verzekering

Indien verzekerde voor het afsluiten van deze tandartsverzekering aansluitend een andere tandartsverzekering had afgesloten bij de zorgverzekeraar dan geldt de volgende bepaling.

2.7.1 Maximale vergoedingen

De bij de vorige tandartsverzekering gedane uitkeringen zijn ook bij de nieuwe tandartsverzekering van toepassing voor het bepalen van de eventuele maximale vergoedingen zoals omschreven in de desbetreffende artikelen van de nieuwe aanvullende verzekering.

3 Omvang van de dekking

Tot € 750,- per verzekerde per kalenderjaar voor de onder artikel 3 onder de punten 3.1, 3.2. en 3.3 tezamen gemaakte tandheelkundige kosten.

3.1 Reguliere tandheelkundige behandelingen

Vergoeding:

Volledig, tot het hierboven genoemde maximum bedrag, voor de volgende behandelingen:

- consultatie en diagnostiek;
- röntgendiagnostiek;
- preventie en mondhygiëne;
- anesthesie;
- restauraties door middel van plastische materialen;
- chirurgische ingrepen.

Voorwaarden:

Tandheelkundige behandelingen worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of mondhygiënist.

3.2 Overige tandheelkundige behandelingen

Vergoeding:

75% van de kosten (inclusief techniekkosten en honorarium), tot het hierboven genoemde maximum bedrag, voor de volgende behandelingen:

- uitneembare prothetische voorzieningen (geen vergoeding voor volledige prothese en overkappingprothese);
- restauraties door middel van niet plastische materialen;
- pulpabehandeling (endodontie);
- parodontologie;
- gnathologie;
- implantaten met uitsluiting van kosten zoals omschreven onder artikel 4.6.

Voorwaarden:

Onder de vergoedingen zijn niet begrepen behandelingen en kosten welke verband houden met en/of voortvloeien uit gebitsregulatie (orthodontie). Tandheelkundige behandelingen worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of mondhygiënist.

3.3 Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland

Vergoeding:

Volledig, inclusief techniekkosten en/of materiaalkosten, tot het hierboven genoemde maximum bedrag.

Voorwaarden:

Alleen spoedeisende tandheelkundige hulp bij tijdelijk verblijf in het buitenland komt voor vergoeding in aanmerking. Onder spoedeisend wordt verstaan, behandelingen die niet kunnen worden uitgesteld tot terugkomst in Nederland.

Tandheelkundige behandelingen worden uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg.

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 Niet nagekomen afspraak

declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;

4.5 Keuringen en attesten

de kosten van keuringen en het afgeven van attesten;

4.6 Tandheelkundige implantaten

de kosten van implantaten indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese;

4.7 Farmaceutische Zorg

de kosten van geneesmiddelen;

4.8 Tandtechnici

door tandtechnici al dan niet onder eigen naam verrichte tandheelkundige behandelingen;

4.9 Gebitsregulatie

de kosten van orthodontie;

4.10 Cosmetische tandheelkunde

de kosten van bleken en facings indien er geen sprake is van een medische grondslag;

4.11 Dekking

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

4.12 Molest

kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, 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 zorgverzekeraar binnen de aanspraak op schadevergoeding ontvangt van de NHT (Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade) zie clausule terrorismedekking;

4.13 Atoomkernreacties

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

4.13.1 De uitsluiting onder 4.13 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);

4.13.2 Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 4.13.1 geen toepassing.

5 Algemeen

5.1 Bedenkijd

De verzekeringnemer heeft het recht de overeenkomst zonder opgave van redenen te ontbinden in de volgende twee gevallen:

- Binnen 14 dagen nadat de overeenkomst tot stand is gekomen.

- Als de overeenkomst later tot stand komt, binnen 14 dagen nadat de eerste polis is ontvangen.

Hierdoor wordt de overeenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

5.2 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 verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar, alsmede - indien medische keuring heeft plaatsgevonden - de bij die keuring door verzekeringnemer 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 verzekeringnemer 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 verzekeringnemer 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.

5.3 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.

5.4 Privacyreglement

Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vraagt de zorgverzekeraar om persoonsgegevens en andere gegevens. Deze gegevens gebruikt de zorgverzekeraar voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, voor activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand, voor statistische analyses, om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen en in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector.

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid kunnen wij de gegevens raadplegen bij de Stichting CIS, Bordewijklaan 2, 2591 XR te Den Haag, p/a Postbus 124, 3700 AC te Zeist.

Bij geconstateerd laakbaar of onrechtmatig gedrag kan de zorgverzekeraar, volgens de regels van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen, de persoonsgegevens vastleggen in het Extern Verwijzingsregister. Dit register wordt door financiële instellingen gebruikt om de integriteit van klanten en relaties te beoordelen en kan door de zorgverzekeraar getoetst worden via de centrale databank van Stichting CIS.

Doelstelling van de verwerking van persoonsgegevens bij Stichting CIS is voor verzekeraars risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Zie voor meer informatie www.stichtingcis.nl. Ook het van toepassing zijnde privacyreglement is daar te vinden.

5.5 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.

5.6 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.

5.7 Materiële controle

Materiële controle zal worden verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de zorgverzekering is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

6 Premie

6.1 Premie verschuldigd

Krachtens deze zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.

6.2 Premierestitutie

Behalve bij opzegging door de zorgverzekeraar wegens het opzettelijk misleiden van de zorgverzekeraar, wordt bij tussentijdse opzegging de lopende premie naar billijkheid vermindert.

7 Premiebetaling en betalingsachterstand

7.1 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 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.

7.2 Betalingsachterstand

Indien de verzekeringnemer de verschuldigde premie niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt de aanvullende tandartsverzekering, bij een premieachterstand van vier maanden beëindigd. Dit geldt ook voor eventuele meeverzekerde(n). Indien wij tot beëindiging overgaan, ontvangt u een schriftelijke bevestiging. De verzekeringnemer dient de verschuldigde premie, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen.

Het is mogelijk om een nieuwe aanvullende verzekering aan te vragen, als de totale premieachterstand en de bijkomende kosten aan het incassobureau betaald zijn. De ingangsdatum wordt 1 januari van het volgende jaar, nadat alle premie en bijkomende kosten betaald zijn.

8 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde

8.1 Schademeldingsplicht

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

8.2 Schade-informatieplicht

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

8.3 Medewerkingsplicht

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

8.4 Originele nota's

De verzekeringnemer/verzekerde dient de originele nota's binnen 3 jaren gerekend vanaf de behandeldatum, 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. Computernota's dienen door de zorgverlener gewaarmerkt te zijn. Een betalingsoverzicht, offerte, orderbevestiging, bewijs van aanbetaling of voorschotnota worden niet beschouwd als nota.

8.5 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 de 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.

9 Declaraties en onderbreking van de dekking

9.1 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.

9.2 Verschuldigde bedragen

De in artikel 9.1 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 beperkte vergoedingsregeling. Verzekeringnemer dient vergoeding(en), voor zover deze boven de beperkte vergoedingsregeling uitkomen, te voldoen aan de zorgverzekeraar.

9.3 Vordering in het algemeen

De in artikel 9.2 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.

9.4 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 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. Indien er tevens betalingsachterstand bestaat volgens art. 7.2 heeft het daarin genoemde omtrent beëindiging van de aanvullende tandartsverzekering voorrang op de schorsing zoals hierboven beschreven. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel

verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen.

10 Regres

De verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht:

- de zorgverzekeraar inlichtingen te verschaffen en medewerking te verlenen bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- alvorens met een derde, of degene die voor of namens de derde optreedt - daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde - een regeling te 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 treffen, waaronder mede begrepen het verlenen van kwijting, waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten zou worden benadeeld.

Indien verzekeringnemer en/of 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.

11 Fraude

Het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van een (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendzels.

Uitsluitingen

"Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Fraude kan ook tot gevolg hebben dat:

- er aangifte wordt gedaan bij de politie;
- de verzekering(en) word(t)(en) beëindigd;
- er een registratie plaatsvindt in het tussen financiële instellingen gangbare waarschuwingssysteem. Een eventueel al gedane uitkering (waaronder ook begrepen kosten) zal worden teruggevorderd."

12 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

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.

13 Herziening van premie of voorwaarden

13.1 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.

13.2 Verstrijken termijn beëindigen overeenkomst

Heeft de zorgverzekeraar binnen 30 dagen na de in het artikel 13.1 genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

14 Duur van de verzekering

14.1 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 en mits geaccepteerd. De ingangsdatum wordt op het polisblad vermeld.

14.2 Looptijd

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

14.3 Einde van de verzekering

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

14.3.1.1 Indien verzekeringnemer de verschuldigde premie of de verschuldigde bedragen als bedoeld in artikel 7.1, niet tijdig betaalt of weigert te betalen, heeft de zorgverzekeraar het recht de verzekering, met inachtneming van de procedure als bedoeld in artikel 7.2 betalingsachterstand, te beëindigen;

14.3.1.2 Indien binnen twee maanden na de ontdekking dat verzekeringnemer en/of verzekerde fraude heeft gepleegd, als bedoeld in artikel 11, of de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen en verzekeringnemer en/of verzekerde daarbij heeft gehandeld met het opzet de zorgverzekeraar te misleiden dan wel de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum.

14.3.2 Opzeggen kan op de volgende manieren:

- de verzekeringnemer zegt uiterlijk 31 december schriftelijk op;
- de verzekeringnemer maakt gebruik van de overstapservice.

Als de verzekeringnemer uiterlijk op 31 december een aanvullende verzekering sluit voor het daaropvolgende jaar, zegt de nieuwe zorgverzekeraar de oude aanvullende verzekering op. Indien de verzekeringnemer niet wenst dat de nieuwe verzekeraar namens de verzekeringnemer de oude verzekering beëindigt dient verzekeringnemer dat aan te geven op het aanvraagformulier van de nieuwe verzekering.

14.3.2.1. Indien de verzekeringnemer de zorgverzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

14.3.2.2 Indien de verzekeringnemer niet met een herziening als bedoeld in artikel 13.1 akkoord gaat. Verzekeringnemer dient de verzekering binnen één maand na ontvangst van de schriftelijke mededeling als bedoeld in artikel 13.1 van de zorgverzekeraar op te zeggen. De verzekering eindigt op de dag waarop de wijziging volgens de schriftelijke mededeling van de 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;

14.3.2.3 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.

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

14.3.3 De verzekering eindigt in navolgende gevallen:

14.3.3.1 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;

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

15 Toepasselijk recht en klachten

15.1 Toepasselijk recht

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

15.2 Klachten

15.2.1 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 de afdeling Cliëntenservice, telefoonnummer (033) 464 25 55 of clientservice@amersfoortse.nl.

15.2.2 Stichting Klachten en Geschillen

Zorgverzekeringen

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

15.2.3 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.

16 Bepalingen in verband met collectiviteit

De bepalingen in artikel 16 gelden alleen voor polissen die zijn afgesloten binnen een collectief contract.

16.1 Uitdiensttreding

Als een verzekerde een functie elders aanvaardt, wordt de verzekering zonder selectie voortgezet tegen een gelijkwaardige individuele aanvullende 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 aanvullende verzekering niet voortgezet. Bij het beëindigen van de polis vervallen tevens alle kortingsrechten en overige afspraken van het collectieve deel.

16.2 Nieuwe collectieve verzekering

De verzekeringnemer heeft het recht de verzekering tussentijds op te zeggen, met ingang van de eerste dag van de maand volgend op 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 verzekering 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.

16.3 Afbreuk collectief karakter

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

16.4 Meeverzekerde kinderen op een werkgeverscollectief

Op de eerste van de maand volgend op het bereiken van de 27-jarige leeftijd dient een kind dat is meeverzekerd op een werkgeverscollectief van zijn ouder(s) zich zelfstandig te verzekeren. Dit geldt niet voor een collectiviteit via een vereniging of een tussenpersonencollectiviteit. De zorgverzekeraar benadert zes weken voor deze datum de verzekeringnemer.

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.

Belangrijke informatie:

De Amersfoortse Verzekeringen:

www.amersfoortse.nl

Afdeling Acceptatie

Telefoon: (033) 464 20 61.

Email: ziektkostenacceptatie@amersfoortse.nl

Afdeling Claimbehandeling

Telefoon: (033) 464 28 84.

Email: zorg.claimbehandeling@amersfoortse.nl