



Ziektekostenverzekering Student

Polisvoorwaarden

Inhoud van de polis

- 1 Begripsomschrijvingen
- 2 Grondslag van de verzekering
- 3 Strekking van de verzekering
- 4 Bijzondere aanspraken en rechten
- 5 Uitsluitingen
- 6 Vrije keuze, opname in een hogere klasse
- 7 Begin en einde van het recht op vergoeding
- 8 Verplichtingen
- 9 Premie
- 10 Wijziging premie en/of voorwaarden
- 11 Duur en beëindiging van de verzekering
- 12 Adres
- 13 Recht op voortzetting
- 14 Privacyreglement
- 15 Klachten
- 16 Omvang van de verzekering

Verzekeringsvoorwaarden

1 Begripsomschrijvingen

1.1 De Amersfoortse

NV Amersfoortse Zorgverzekering Maatschappij, gevestigd te Amersfoort.

1.2 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met De Amersfoortse is aangegaan.

1.3 Verzekerde

De studerende en andere als meeverzekerde in het polisblad vermelde personen.

1.4 Medische noodzaak

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende medisch-wetenschappelijke overwegingen.

1.5 Ziektegeval

Onder ziektegeval wordt verstaan: elke ononderbroken behoefte aan geneeskundige behandeling, voortgekomen uit een en dezelfde ziekte-oorzaak of hetzelfde ongeval.

1.6 Ziekenhuis

Een in Nederland gelegen inrichting voor het verplegen en behandelen van zieken, die als ziekenhuis of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is erkend, alsmede het Nederlands Astmacentrum Eugenia te Davos.

1.7 Opname

Ziekenhuisopname van langer dan 24 uur, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een specialist noodzakelijk moet zijn.

1.8 Verpleegkosten

Het liggeld dat door een ziekenhuis volgens de door de bevoegde overheidsinstantie goedgekeurde tarieven in rekening wordt gebracht.

1.9 Dagverpleging in een ziekenhuis

Korter dan 24 uur durende bedverpleging waarvan de noodzaak te voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist.

1.10 Specialist

a Een in Nederland gevestigde arts die is ingeschreven in het Specialistenregister van de

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

b Een in Nederland gevestigde tandarts die is ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

1.11 Orthodontist

Een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

1.12 Specialistische behandeling

Behandeling of onderzoek, volgens algemene medische normen (en tandheelkundige normen bij kaakchirurgie) aanvaard en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven.

1.13 Kosten van specialistische behandeling

1.13.1 Klinische specialistische behandeling

a Het honorarium van een specialist wegens door hem verrichte behandeling tijdens de ziekenhuisopname.

b Bijkomende kosten als omschreven in artikel 1.23 voorzover behorend tot de klinische behandeling.

1.13.2 Niet-klinische specialistische behandeling

a Het honorarium van een op advies van de huisarts of tandarts geraadpleegde specialist (voor de oogarts is dit advies niet vereist) wegens door hem verrichte behandeling zonder ziekenhuisopname.

b Bijkomende kosten als omschreven in artikel 1.23 voorzover behorend tot de niet-klinische behandeling.

c Bovendien worden onder kosten van niet-klinische specialistische behandeling verstaan de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts, voorzover die kosten in rekening worden gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

1.14 Tandarts

Een in Nederland gevestigde tandarts als zodanig geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie.

1.15 Fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck of logopedist

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck of logopedist, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

1.16 Kosten van behandeling door de fysiotherapeut en de logopedist

De kosten van de behandelingen - op voorschrift van de huisarts of specialist - genoemd in het Fysiotherapeutenbesluit, de Besluiten Oefentherapeuten Mensendieck en Cesar en het Logopedistenbesluit. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van dyslexie (tenzij sprake is van logopedische problemen van medische aard) en van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect en anderstaligheid.

1.17 Chiropractor

Een chiropractor als zodanig erkend door de Nederlandse Vereniging voor Chiropractoren.

1.18 Verpleegkundige

Een verpleegkundige, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

1.19 Ziekenverzorgende

Een ziekenverzorgende, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

1.20 Huisarts

Een in Nederland in de woonplaats of in de verblijfplaats van de verzekerde of in de naaste omgeving daarvan gevestigde arts, die als huisarts is ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en die als gezinsarts van verzekerde de algemene huisartsenpraktijk uitoefent. Onder het uitoefenen van de algemene praktijk wordt verstaan het verlenen van huisartsenhulp zowel thuis bij de verzekerde als op het spreekuur van de arts.

1.21 Kosten van behandeling door de huisarts

Het honorarium verschuldigd aan de huisarts voor consulten en visites geneeskundige behandeling, de kosten van laboratorium- en röntgenonderzoeken, electrocardiogram en kleine chirurgische ingrepen voorzover deze niet reeds zijn begrepen in het consulttarief.

1.22 Arts voor alternatieve geneeswijzen

Een in Nederland woonachtige arts die als zodanig bevoegd is praktijk uit te oefenen.

1.23 Bijkomende kosten

De medische kosten die - naast de verpleegkosten en de kosten van specialistische behandeling - rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens de ziekenhuisopname of tijdens de niet-klinische specialistische behandeling (zoals kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, geneesmiddelen, bestralingen, narcose, verbandmiddelen en gebruik operatiekamer of polikliniek).

1.24 Ongeval

Onder ongeval wordt verstaan een plotselinge uitwendige onvrijwillige geweldsinwerking op het lichaam van de verzekerde.

Onder ongeval wordt tevens verstaan:

- bevriezing, zonnesteek, blikseminslag en andere elektrische ontladingen;
- verdrinking, verstikking (niet tengevolge van ziekte) en verbranding, behalve door natuurlijke of kunstmatige bestraling;
- acute vergiftiging, alsmede de schadelijke gevolgen van het ongewild binnenkrijgen van vreemde voorwerpen, infectieziekten en allergieën of bloedvergiftiging in aansluiting op verwonding tengevolge van een ongeval;
- besmetting tengevolge van een onvrijwillige val in water of in enige andere stof;
- uitputting, verhongering en verdorsting tengevolge van schipbreuk, watersnood, noodlanding, instorting, insneeuwing of invriezing e.d.;
- verstuiking, ontwrichting en verrekking van spieren, banden en/of pezen door plotselinge kennelijk overmatige krachtsinspanning.

Onder ongeval wordt in ieder geval niet verstaan: ingewandsbreuk, lendespit (lumbago) en hernia. Geestelijke stoornissen of geestelijke reacties op een ongeval zonder geneeskundig vast te stellen hersenletsel vallen ook buiten het begrip ongeval.

1.25 SOS International

BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International.

Hoogoorddreef 58, 1101 BE Amsterdam.

Telefoon (020) 651 51 51, fax (020) 651 51 09.

1.26 Farmaceutische hulp

De bij ministeriële regeling aangewezen: geregistreerde geneesmiddelen die in de regeling Farmaceutische hulp vastgesteld door Zorgverzekeraars Nederland zijn opgenomen.

1.27 Revalidatie

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

1.28 Audiologische hulp

Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psycho-sociale hulp indien noodzakelijk bij problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

1.29 Erfelijkheidsonderzoek

1.30 Hulpmiddelen

De middelen die in de Regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland zijn opgenomen.

2 Grondslag van de verzekering

Het aanvraagformulier met de daarin door verzekeringnemer of de verzekerde gedane, al dan niet eigenhandig geschreven mededelingen, alsmede eventuele schriftelijke gegevens en, indien medisch onderzoek heeft plaatsgehad, de door de verzekerde daarbij verstrekte gegevens, gelden als grondslag van deze verzekering en worden geacht met de polis één geheel uit te maken. De Amersfoortse is op geen enkele wijze vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen, indien de mededelingen in het aanvraagformulier dan wel de afzonderlijke gegevens, in strijd met de waarheid waren of omstandigheden verzwegen werden, welke van dien aard zijn, dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien De Amersfoortse daarvan kennis had gedragen.

3 Strekking van de verzekering

Voor elke in de polis of in een aanhangsel genoemde verzekerde wordt vergoeding verleend van kosten verbonden aan medische behandeling, mits en zolang deze behandeling medisch noodzakelijk is, en voorzover verzekerd en omschreven in de 'Omvang van de verzekering'. Met inachtneming van hetgeen elders in de polis is bepaald worden ten hoogste vergoed de tarieven, zoals deze zijn vastgesteld door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) krachtens de Wet Tarieven Gezondheidszorg.

4 Bijzondere aanspraken en rechten

4.1 Buitenland

Indien tijdens een vakantie of studiereis van verzekerde buiten Nederland van maximaal 6 maanden in verband met een acute ziekte of ongeval geneeskundige behandeling medisch noodzakelijk is, zal bij opname in een ter plaatse erkend algemeen ziekenhuis vergoeding van de onder Aa, B, Ci en Cii van de in de 'Omvang van de verzekering' genoemde kosten plaatsvinden. De kosten van opname worden vergoed tot maximaal 365 dagen per ziektegeval tot

Ziektekostenverzekering Student

ten hoogste 2 x het bedrag van de kosten van een overeenkomstige verpleging en behandeling in de verzekerde klasse in Nederland. De overige kosten zullen worden vergoed tot ten hoogste 2 x de hiervoor in Nederland geldende tarieven. De kosten van medisch noodzakelijk ambulancevervoer worden vergoed voorzover dit plaatsvindt naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Niet vergoed worden de kosten verband houdende met een opname en/of medische behandeling, die het doel vormden van het verblijf in het buitenland. Voor hulp en advies bij ernstige ziekte of ongeval moet contact worden opgenomen met SOS International. Indien in overleg met SOS International repatriëring van verzekerde medisch noodzakelijk is, omdat behandeling ter plekke om medische redenen niet mogelijk is en SOS International zorg draagt voor het vervoer en begeleiding van verzekerde naar Nederland, komen de hieraan verbonden kosten voor rekening van De Amersfoortse. Als specialist of huisarts in het buitenland wordt beschouwd: een ter plaatse bevoegde arts die volgens aldaar geldende medische normen als specialist of huisarts wordt aangemerkt. De vergoeding zal in Nederland worden uitgekeerd in Nederlandse courant met inachtneming van de omrekeningskoers op de dag van het vaststellen van de uitkering.

4.2 Kinderen

Voor kinderen geboren tijdens de duur van de verzekering gelden, mits zij binnen een maand na hun geboorte aan De Amersfoortse ter verzekering zijn voorgedragen en mits alle daarvoor in aanmerking komende kinderen onder deze polis verzekerd zijn, de volgende bepalingen:

4.2.1 De verzekering is van de geboorte af van kracht ongeacht eventueel aangeboren ziekten of afwijkingen; het in artikel 5 sub a eerste zin bepaalde is dan niet van toepassing.

4.2.2 Indien deze kinderen voor borstvoeding met de moeder in het ziekenhuis verblijf moeten houden, zullen de daaraan verbonden kosten overeenkomstig het tarief voor gezonde zuigelingen worden vergoed, zolang De Amersfoortse voor de moeder vergoeding van de verpleegkosten verschuldigd is.

4.3 Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK)

Onder de verzekering is begrepen de vergoeding van kosten voor de centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten en gedeclareerd door de SNWLK.

4.4 Pacemaker

Onder de verzekering is begrepen vergoeding voor de aanschaf van een pacemaker (hartstimulator).

4.5 Orgaantransplantaties

De kosten voor orgaantransplantaties komen voor vergoeding in aanmerking mits de behandeling plaatsvindt in een door de bevoegde overheidsinstantie hiertoe erkende instelling voor deze verrichtingen en hiervoor officieel goedgekeurde tarieven zijn afgegeven.

Vergoeding van de kosten voor behandeling en verpleging van een donor op basis van de verzekerde klasse van de verzekerde gedurende maximaal drie maanden.

4.6 Eurotransplant Nederland

Onder de verzekering is begrepen de vergoeding van kosten van weefseltyperingen inclusief de

bijbehorende computer-administratiekosten, zoals die door Eurotransplant Nederland in rekening worden gebracht.

4.7 Sterilisatie/abortus

De hieraan verbonden medische kosten worden vergoed, mits de behandeling door een specialist plaatsvindt in een ziekenhuis of in een speciaal voor bovengenoemde behandeling ingerichte in Nederland gelegen kliniek al of niet op medische indicatie. Bij sterilisatie van de man wordt vergoeding van kosten verleend tot ten hoogste het bedrag dat verschuldigd zou zijn geweest bij een poliklinische behandeling.

4.8 Preventieve geneeskunde

De vergoeding van de kosten voor onderzoek of behandeling door de huisarts of specialist voor:

- onderzoek van hart- en bloedvaten (maximaal 1 keer per 2 jaar),
- baarmoederhals- en borstkankeronderzoek,
- vaccinatie tegen hondsdoelheid en tetanus en andere door de huisarts of specialist te verrichten preventieve onderzoeken of behandelingen met dien verstande dat voor een tegemoetkoming in de kosten in die gevallen vooraf goedkeuring door De Amersfoortse moet zijn verleend.

4.9 Aanvullende thuisverpleging

Ter bekorting of vervanging van een medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis kan een tegemoetkoming in de kosten worden gegeven van aanvullende thuisverpleging door een verpleegkundige of ziekenverzorgende ten huize van de verzekerde voor maximaal 100 dagen per kalenderjaar voor maximaal f 360,- per etmaal. Vooraf dient door De Amersfoortse toestemming te zijn verleend, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

4.10 Eigen risico

- Na vaststelling van de vergoeding wordt het eigen risico, zoals vermeld in polis en/of aanhangsel, op het eindbedrag in mindering gebracht.

- Indien voor een onderdeel van het verzekerde pakket een maximumbedrag is vermeld, dan blijft dit maximum zowel voor de toepassing van het eigen risico, als voor de eventuele uitkering daarna, onverminderd van kracht.

- Indien een ziekenhuisopname niet eindigt in het kalenderjaar waarin deze begon, zal voor die opname slechts éénmaal het eigen risico in mindering worden gebracht zoals dit op het moment van de opname van toepassing was.

- Voor de vaststelling van het eigen risico zijn bepalend de data, waarop de behandeling, verpleging etc. hebben plaatsgevonden. Indien de eerste verzekeringsperiode niet gelijk is aan een kalenderjaar wordt het eigen risico voor die periode verminderd met 1/12 voor ieder voor de ingangsdatum reeds verstreken maand van dat kalenderjaar, met dien verstande, dat het bedrag van het eigen risico voor die periode niet lager wordt gesteld dan op 1/4 van het voor deze verzekering geldende eigen risico.

- Bij schorsing, wijziging of beëindiging van de verzekering zal geen restitutie noch vermindering van het eigen risico plaatsvinden.

- Bij wijziging van het eigen risico bij tarieven waarbij de hoogte van het eigen risico is gekoppeld aan leeftijd of gezinssamenstelling, vindt in de loop van een kalenderjaar geen vermeerdering of vermindering plaats van dit eigen risico.

4.11 Geen eigen risico bij ongeval

Het eigen risico, zoals genoemd op polisblad of aanhangsel, geldt niet voor medisch noodzakelijke kosten als direct gevolg van een ongeval.

4.12 Second Opinion

Kosten verbonden aan het raadplegen van een andere specialist, indien de behandelend specialist een operatieve ingreep heeft voorgesteld.

4.13 Fertiliteitsbevorderende behandelingen

In afwijking van het in artikel 5k gestelde worden de kosten van operatieve ingrepen, hormoonbehandelingen en kunstmatige inseminatie vergoed. Daarnaast wordt na voorafgaande toestemming door De Amersfoortse een tegemoetkoming in de kosten gegeven voor in-vitro-fertilisatie (IVF behandeling) in een vergunning houdend ziekenhuis. Er dient sprake te zijn van een alom geaccepteerde medische indicatie. Bij de toestemming vooraf kan De Amersfoortse nadere voorwaarden stellen. Maximaal drie IVF-pogingen per behandelde vrouwelijke verzekerde komen voor vergoeding in aanmerking. Per poging geldt een eigen bijdrage van f 800,-.

5 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding bestaat:

a voor ziekten of afwijkingen, welke reeds bestonden voor het aanvragen van de verzekering, indien de verzekeringnemer of de verzekerde daarvan toen reeds kennis droeg of klachten ondervond.

Het bovenstaande is niet van toepassing indien de verzekeringnemer De Amersfoortse van de bewuste ziekten, afwijkingen of klachten schriftelijk op de hoogte heeft gebracht en De Amersfoortse daarvoor bij het aanvragen van de verzekering geen bijzondere voorwaarden heeft gesteld. Bij totstandkoming van een uitbreiding van de dekking (behoudens een uitbreiding bij een algemene aanpassing zoals omschreven in artikel 10) respectievelijk verhoging van de verzekerde verpleegklasse, is het vorenstaande van overeenkomstige toepassing met betrekking tot deze uitbreiding respectievelijk verhoging.

b voor kosten veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij. De zes genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gedeponereerd.

c voor kosten ontstaan door, dan wel verband houdende met atoomkernreacties en de daarbij ontstane splitsingsprodukten, onverschillig hoe de reacties zijn ontstaan, anders dan bij een op de verzekerde toegepaste medische behandeling.

d indien en voorzover 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;
- een regeling van overheidswege;
- enigerlei subsidieregeling;
- een andere overeenkomst.

e voor de verschuldigde eigen bijdragen krachtens de AWBZ en die van bevolkingsonderzoek.

Voor verstrekkingen krachtens de AWBZ waarop

verzekerden op grond van die wet geen recht hebben, kunnen verzekerden evenmin recht op vergoeding ontlenen aan deze verzekering. Tenzij uitdrukkelijk anders overeengekomen hebben niet-ingezetenen geen recht op vergoeding van kosten welke voor een Nederlands ingezetene voor rekening van de AWBZ zouden komen.

f voor kosten van conserverende of prothetische tandheelkundige hulp, celtherapie, vaccinatie, (behoudens de uitdrukkelijk in de polis genoemde gevallen) keuringen, en het afgeven van attesten alsmede voor de kosten van rust-, gewichtsvermeerderings en vermageringskuren.

g voor de declaraties van een psycholoog.

h voor vormverbeterende operaties van het uiterlijk waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van vermindering tengevolge van een ongeval of ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.

i voor implantaten alsmede behandelingen in verband met het inbrengen van implantaten in de kaak.

j voor het ongedaan maken van een vrijwillig ondergane sterilisatie.

k voor alle fertiliteitsbevorderende behandelingen uitgezonderd de in artikel 4m genoemde.

6 Vrije keuze, opname in een hogere klasse

6.1 Vrije keuze

Verzekerde is vrij in de keuze van ziekenhuis, specialist, huisarts, tandarts, verloskundige, kraamverzorgster, fysiotherapeut, oefentherapeut, logopedist en apotheker.

6.2 Opname in een hogere klasse

Bij ziekenhuisopname in een hogere dan de verzekerde klasse wordt vergoed het bedrag dat volgens het tarief van het ziekenhuis in de verzekerde klasse verschuldigd zou zijn geweest.

7 Begin en einde van het recht op vergoeding

Verzekeringnemer heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voorzover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

8 Verplichtingen

De verzekeringnemer resp. verzekerde is verplicht ervoor te zorgen:

a dat van een ziekenhuisopname zo spoedig mogelijk kennis wordt gegeven aan De Amersfoortse; ingeval van bevalling dient deze kennisgeving te geschieden, zodra bekend is, dat opname zal moeten plaatsvinden.

b dat bij niet-klinische specialistische behandeling (behoudens ingeval van behandeling door een oogarts) desgevraagd een verklaring van de huisarts of tandarts wordt overgelegd waaruit de verwijzing naar de specialist blijkt.

c dat alle originele nota's betreffende het verstrekken kalenderjaar voor 1 juni van het daaropvolgende jaar zijn ingediend.

d dat alle nota's op zodanige wijze gespecificeerd zijn dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding De Amersfoortse is gehouden.

e dat de nota's voor tandheelkundige hulp vergezeld zijn van een specificatieformulier volgens het model dat hiervoor is vastgesteld door de organisatie van

Ziektekostenverzekering Student

tandartsen en verzekeraars.

f dat desgevraagd aan De Amersfoortse, haar geneeskundig adviseur of hen, die met de controle zijn belast, medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van alle gewenste inlichtingen. Bij het niet nakomen van de hiervoor vermelde verplichtingen kan geen aanspraak op vergoeding worden gemaakt. g dat iedere wijziging in de samenstelling van het gezin en iedere andere verandering die invloed heeft op de rechten en plichten uit hoofde van de gesloten verzekeringsovereenkomst ten spoedigste, doch uiterlijk binnen een maand na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan De Amersfoortse wordt opgegeven.

Zodanige wijzigingen zijn ondermeer:

- het van kracht worden van een verzekering ingevolge de ziekenfondswet of enige andere publiekrechtelijke regeling;
- verhuizing, huwelijk, geboorte en overlijden.

9 Premie

9.1 Premiebetaling in het algemeen

De verzekeringnemer dient de premie en de kosten vooruit te betalen uiterlijk op de 30e dag nadat zij verschuldigd worden. Het is verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van De Amersfoortse te vorderen vergoeding.

9.2 Wanbetaling

Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet tijdig betaalt of weigert te betalen, zal De Amersfoortse, of de tussenpersoon aan wie de incasso is opgedragen, schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen onder mededeling dat bij niet-voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor kosten die zijn ontstaan na de vervaldag. De verzekeringnemer blijft verplicht het verschuldigde inclusief eventuele incassokosten te voldoen. De dekking wordt weer van kracht op de dag volgende op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door de verzekeraar zijn ontvangen en als zodanig geaccepteerd.

9.3 Verplichte verzekering

Bij verplicht verzekerd zijn in de zin van de Ziekenfondswet, langer dan 3 maanden maar niet langer dan een jaar, kan deze verzekering buiten werking worden gesteld tot de datum van uittreding uit het ziekenfonds. Tijdens deze periode is 25% van de premie verschuldigd.

9.3 Premierestitutie

De verzekering geschiedt, behoudens het in artikel 9c bepaalde, zonder restitutie van premie.

10 Wijziging van premie en/of voorwaarden

a De Amersfoortse heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van bepaalde groepen verzekeringen en bloc te wijzigen. Behoort deze verzekering tot die groep, dan is De Amersfoortse gerechtigd de premie en/of de voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aan te passen en wel op een door haar te bepalen datum. De verzekeringnemer heeft het recht niet akkoord te gaan met die herziening.

b Indien de verzekeringnemer niet akkoord gaat en hiervan binnen 30 dagen na het bekend worden van de wijziging De Amersfoortse schriftelijk kennis geeft, eindigt de verzekering per de datum van wijziging.

Heeft De Amersfoortse geen mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

c De in artikel 10b genoemde mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing:

- bij een herziening van de premie en/of voorwaarden, die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen;
- bij een premieverlaging en/of uitbreiding van de dekking;
- bij een (door de overheid) vastgestelde wijziging in het AWBZ-verstrekkingspakket.

11 Duur en beëindiging van de verzekering

a De verzekering is aangegaan voor een periode als op het polisblad vermeld en wordt daarna telkens stilzwijgend met eenzelfde periode verlengd, tenzij de verzekeringnemer ten minste 3 maanden voor het verstrijken van zodanige periode de verzekering schriftelijk bij De Amersfoortse heeft opgezegd.

b Nadrukkelijk wordt bepaald dat De Amersfoortse niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens op een door haar te bepalen tijdstip in de gevallen als bedoeld in artikel 2 en in geval van schorsing als bedoeld in artikel 10 sub b.

c De verzekering eindigt:

- voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze ophoudt Nederlands ingezetene te zijn;
- zodra de studerende haar/zijn studie heeft beëindigd;
- zodra de studerende geen volledig dagonderwijs meer volgt;
- zodra de studerende de leeftijd van 30 jaar heeft bereikt, de verzekering eindigt dan op 1 januari daaropvolgend;
- indien op basis van de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekering recht ontstaat op een Standaardpakketpolis.

12 Adres

Kennisgevingen door De Amersfoortse aan de verzekeringnemer geschieden rechtsgeldig aan diens laatst bij De Amersfoortse bekende adres of aan het adres van de tussenpersoon door wiens bemiddeling deze verzekering loopt.

13 Recht op voortzetting

Bij beëindiging van de studie of bij het bereiken van de 30-jarige leeftijd kan aansluitend, zonder selectie, tegen de premies en voorwaarden die op dat moment gelden, een soortgelijke verzekering worden afgesloten, op basis van 3e klasverpleging. Wordt een hogere klasse verlangd, dan dient een gezondheidsverklaring te worden ingediend, waarna over acceptatie over dit meerdere risico door De Amersfoortse zal worden beslist.

14 Privacyreglement

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door De Amersfoortse gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacyreglement van toepassing.

15 Klachten

Voor klachten naar aanleiding van deze verzekering dient u zich in eerste instantie te wenden tot de afdeling Cliëntenservice, telefoon (033) 464 25 55. Wanneer het oordeel voor u niet bevredigend is, kunt u zich vervolgens wenden tot de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen of de Raad van Toezicht, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag. Wie geen gebruik maakt van deze mogelijkheden, of de behandeling niet bevredigend vindt, kan het geschil voorleggen aan de rechter.

16 Omvang van de verzekering

Rubriek A

Aa Ziekenhuisopname in de verzekerde klasse

Onbeperkte vergoeding van:

I De verpleegkosten. Bij opname in het Nederlands Astmacentrum Eugenia te Davos worden de opnamekosten uitsluitend vergoed na voorafgaande toestemming door De Amersfoortse.

II De kosten van klinische specialistische behandeling en de bijkomende kosten.

III De kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer in Nederland per ambulance, taxi of eigen auto, die verband houden met medische behandeling, waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van De Amersfoortse komen. Medisch noodzakelijk ziekenvervoer kan voorts betrekking hebben op vervoer naar of van een niet-klinisch werkzame psychiater of zenuwarts dan wel een psychiatrische polikliniek of een instelling voor psychiatrische deeltijdbehandeling. De vergoeding voor vervoer per eigen auto is vastgesteld op f 0,52 per km. Medische noodzaak is aanwezig indien met het oog op de gezondheid van verzekerde vervoer niet met een openbaar vervoermiddel kan plaatsvinden.

Ab Revalidatie

Vergoed worden de kosten van revalidatie en revalidatiedagbehandeling na voorafgaande toestemming door De Amersfoortse. De aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een behandelplan.

Ac Hulpmiddelen

De kosten van aanschaf, bruikleen, correctie, vervanging of herstel van medische hulpmiddelen (eenvoudige uitvoering) voorgeschreven door de behandelende arts, worden overeenkomstig limieten in de regeling Hulpmiddelen, zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, vergoed. Deze regeling maakt deel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar. Indien de hulpmiddelen worden afgenomen bij de door De Amersfoortse geselecteerde leveranciers is het eigen risico, zoals vermeld op het polisblad, niet van toepassing. De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn: Een en ander ter beoordeling van De Amersfoortse.

Het recht op vergoeding van de kosten van aanschaf dan wel bruikleen bestaat uitsluitend, indien en voor zover De Amersfoortse op een daartoe strekkend verzoek tevoren toestemming heeft gegeven. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

De kosten van (onzorgvuldig) gebruik zijn, tenzij in de regeling Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

Ad Bevallings en Kraamzorg

Voor vergoeding komen in aanmerking:

I Bevallings in een ziekenhuis met medische noodzaak

Zolang verblijf in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is, de kosten overeenkomstig artikel Aa. Verlaat de moeder het ziekenhuis voordat een periode van 8 dagen (met ingang van de dag van bevalling) is verstreken, dan wordt voor elke minder in rekening gebrachte dag een uitkering verleend van f 275,-.

II Bevallings in een ziekenhuis zonder medische noodzaak, in een kraaminrichting, poliklinisch of thuis

- Het honorarium voor verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door specialist, huisarts of verloskundige.

- De kosten van gebruik polikliniek.

- Naast vergoeding van genoemde kosten wordt een uitkering verleend van maximaal 8 dagen à f 275,- per dag. Vindt binnen een periode van 8 dagen na de bevalling een ziekenhuisopname plaats dan wordt voor iedere opnamedag f 275,- in mindering gebracht.

III Kraamzorg in natura

In plaats van bovengenoemde uitkering kan worden gekozen voor kraamzorg in natura waarbij De Amersfoortse een gediplomeerd kraamverzorgende regelt. Voor nadere informatie kunt u contact opnemen met de afdeling Managed Care. De aanvraag voor kraamzorg in natura dient ten minste drie maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum bij De Amersfoortse te worden ingediend.

Ae Behandeling met een kunstnier

Vergoeding van kosten voor behandeling met een kunstnier zowel klinisch, poliklinisch als ten huize van de verzekerde. Bij thuisdialyse vindt ook vergoeding plaats van bepaalde niet-medische kosten overeenkomstig de regeling die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, indien en voorzover de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek tevoren toestemming heeft gegeven. Aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

Af Dagverpleging in een ziekenhuis

Ag Tandheelkundige hulp voor meeverzekerde kinderen jonger dan 21 jaar

Volledige vergoeding van de kosten van behandeling door een tandarts tot een maximum van f 750,- per verzekerde per kalenderjaar. Indien door een lichamelijke en/of geestelijke handicap een langere dan de normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, is het bovengenoemde bedrag niet van toepassing. Na vooraf verleende goedkeuring door De Amersfoortse wordt vergoeding van kosten, in rekening gebracht door een tandarts met betrekking tot de verzekerde verrichtingen, verleend op basis van het goedgekeurde tarief per behandelingsuur. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend voor kinderen met een lichamelijke en/of geestelijke handicap die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de AWBZ. Het aanvraagformulier voor de machtiging wordt op verzoek door De Amersfoortse verstrekt.

Ah Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

Volledige vergoeding van de kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot

Ziektekostenverzekering Student

een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de dagbehandeling plaatsvindt in een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum,
- de behandeling en benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist,
- De Amersfoortse op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door haar goedgekeurd behandelingsplan, vooraf machtiging heeft verleend. Een nadere omschrijving is vastgelegd in de uniforme regeling die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Deze regeling maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

Ai Kaakorthopedische behandeling (orthodontie)

I Volledige vergoeding van de kosten van kaakorthopedische behandeling door een orthodontist op advies van huisarts of tandarts in de volgende gevallen:

- een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo-en/of gnato- en/of palatoschisis);
- een kaakorthopedische afwijking in boven- en/of onderkaak die uitsluitend door middel van een chirurgische behandeling (osteotomie) gecorrigeerd behoort te worden en waarbij een kaakorthopedische voor- en nabehandeling noodzakelijk is.

II Vergoeding van kosten van overige kaakorthopedische behandeling (gebitsregulatie) voorzover de behandeling plaatsvindt vóór de 19-jarige leeftijd door een orthodontist of door een tandarts overeenkomstig de goedgekeurde tarieven. De vergoeding bedraagt ten hoogste f 3.000,- per verzekerde tijdens de totale duur van de verzekering.

Aj Hulp door een audiologisch centrum

De kosten van hulp door een, daartoe door een bevoegde overheidsinstantie erkend, audiologisch centrum op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-, neus en oorarts.

Ak Erfelijkheidsonderzoek

De kosten van onderzoek en advisering voor erfelijkheidsonderzoek, in een vergunning houdend centrum voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden.

Rubriek B

Niet-klinische specialistische behandeling, terzake van een ziekte of ongeval alsmede de daaruit voortvloeiende bijkomende kosten, vergoeding van de deswege verschuldigde kosten, omschreven in artikel 1.13 B, alsmede volledige vergoeding voor:

- 1.1 fysiotherapie, door een deskundige als omschreven in artikel 1.15 en 1.16, na voorafgaande machtiging door De Amersfoortse;
- 1.2 logopedie, foniatrie, door een deskundige als omschreven in artikel 1.15 en 1.16;
- 2 de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer worden vergoed als omschreven in Rubriek Aa III.

Rubriek CI Behandeling door de huisarts

Vergoeding van de voor visites of consulten wegens geneeskundige behandeling terzake van ziekte of ongeval aan de huisarts verschuldigde kosten omschreven in artikel 1 sub 21 van de begripsomschrijvingen.

Rubriek CII Farmaceutische hulp

De kosten van farmaceutische hulp, overeenkomstig de regeling Farmaceutische Hulp zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, mits is afgeleverd op voorschrift van een arts, tandarts, specialist of verloskundige door een apotheek of apotheek houdend huisarts, tenzij De Amersfoortse anders bepaalt. Een geneesmiddel, dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, komt voor vergoeding in aanmerking.

De regeling Farmaceutische Hulp maakt deel uit van deze polis en is op aanvraag verkrijgbaar.

Indien de farmaceutische hulp in natura wordt verstrekt vindt geen aftrek van het op het polisblad vermelde eigen risico plaats.

1 Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelen-vergoedingssysteem (GVS) van toepassing.

Dit betekent dat voor een aantal geneesmiddelen een limiet aan de vergoeding wordt gesteld.

Geneesmiddelen waarvoor nog geen limiet is vastgesteld vallen in beginsel buiten de vergoeding, tenzij de regeling Farmaceutische Hulp of

De Amersfoortse anders bepaalt. Indien wel een vergoedingslimiet is vastgesteld en de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet wordt het meerdere niet vergoed.

2 De kosten van dieetpreparaten worden vergoed, overeenkomstig de regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, na toestemming vooraf door De Amersfoortse.

Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis.

3 Verbandmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.

Rubriek CIII Behandeling door middel van alternatieve geneeswijzen

Voor de kosten van deze behandeling zal vergoeding worden verleend, mits toegepast door arts, specialist, fysiotherapeut of chiropractor.

Deze vergoeding zal zich uitstrekken tot ten hoogste het krachtens het COTG goedgekeurde enkelvoudige consulttarief van de huisarts.

Diensten Amersfoortse Managed Care

Verzekerde kan terecht bij de helpdesk Managed Care voor onder andere wachtlijstbemiddeling (ook voor psychologische hulp), hulp in natura (thuiszorg bij vervanging van ziekenhuisopname en kraamzorg), second opinion, lichtkuur thuis, voeding of pijnbestrijding thuis, begeleiding opname in buitenland in samenwerking met SOS, advies over kunst- en hulpmiddelen, en algemene informatie over gezondheid, ziekte, preventie, reïntegratie en de

gezondheidszorg in het algemeen. Managed Care is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer (033) 464 28 81.

Rubriek klasseverzekering ziekenfonds

Wanneer de rubriek klasse verzekering ziekenfonds is meeverzekerd worden krachtens deze verzekering uitsluitend de kosten vergoed die verbonden zijn aan een medisch noodzakelijke ziekenhuisopname in Nederland voorzover door verzekerde geen aanspraken kunnen worden gemaakt op vergoedingen krachtens de Ziekenfondswet. De vergoeding strekt zich tot maximaal de wettelijk goedgekeurde tarieven. Eigen bijdragen die krachtens de Ziekenfondswet voor rekening van verzekerde komen, kunnen niet ten laste van deze verzekering worden gebracht. Indien de verzekering is aangegaan op basis van klasse 2A of 2B en opname vindt plaats in een ziekenhuis waarin slechts één klasse 2 aanwezig is, zal de verzekering worden geacht te gelden voor die klasse.

Rubriek aanvullende klasseverzekering

Standaardpakketpolis

Wanneer de rubriek aanvullende klasseverzekering Standaardpakketpolis is meeverzekerd worden in afwijking van het bepaalde in de polisvoorwaarden van de Standaardpakketpolis de kosten vergoed die verbonden zijn aan een medisch noodzakelijke ziekenhuisopname in de verzekerde klasse en wel voor het verschil tussen de in rekening gebrachte verpleegprijs en de verpleegprijs op basis van klasse 3. De vergoeding strekt zich tot maximaal de wettelijk goedgekeurde tarieven. Indien de verzekering is aangegaan op basis van klasse 2A of 2B en opname vindt plaats in een ziekenhuis waarin slechts één klasse 2 aanwezig is, zal de verzekering geacht worden te gelden voor deze klasse.

17 Euro

Indien van toepassing in deze voorwaarden, geldt de omrekeningsfactor van guldens naar euro's als volgt:
1 euro = 2,20371 gulden.