

Aanvullende Verzekering inclusief tandartsdekking

Polisvoorwaarden

Algemene polisvoorwaarden 486.02

Bladzijde

● 1 Begripsomschrijvingen	1
● 2 Dekking	3
● 3 Algemeen	9
● 4 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde	11
● 5 Premie	12
● 6 Duur en einde van de verzekering	13
● 7 Wijzigingen	13
● 8 Herziening van premie en/of voorwaarden	14
● 9 Vrijwaring van aansprakelijkheid	14

Inhoudsopgave

Onderwerp	Artikel
Begripsomschrijvingen	1
Dekking	2
Omvang van de dekking	2.1
Hulpmiddelen	2.1.1
Paramedische behandeling	2.1.2
Alternatieve geneeswijzen	2.1.3
Tandheelkundige zorg	2.1.4
Buitenlanddekking	2.1.5
Aanvullende thuisverpleging	2.1.6
Kuren en therapeutische kampen	2.1.7
Therapieën	2.1.8
Ziekenhuisopname meeverzekerd kind	2.1.9
Vrije keuze / opname in hogere klasse	2.2
Uitsluitingen	2.3
Algemeen	3
Verplichtingen van de verzekeringnemer / verzekerde	4
Premie	5
Duur en einde van de verzekering	6
Wijzigingen	7
Herziening van premie en/of voorwaarden	8
Vrijwaring van aansprakelijkheid	9

1 **BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN**

1.1 **Algemeen**

1.1.1 **De verzekeraar**

De verzekeringsinstelling waarmee de verzekeringsovereenkomst is aangegaan.

1.1.2 **Verzekerde**

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

1.1.3 **Verzekeringnemer**

Degeene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

1.2 **Alternatieve geneeswijzen**

Behandeling verricht door een arts, tandarts of behandelaar op een bepaald gebied algemeen erkend, als zodanig praktiserend en lid van een in Nederland gevestigde beroepsorganisatie.

1.3 **Gezin**

De op het polisblad vermelde personen, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk huishouden, ter beoordeling aan de verzekeraar.

1.4 **Hulpmiddelen**

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

1.5 **Medisch adviseur**

De arts, die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

1.6 **Medische noodzaak**

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is.

1.7 **Ongeval**

Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van een persoon, van buiten af en buiten diens wil, waardoor naast tandheelkundig letsel aantoonbaar ander medisch letsel is veroorzaakt.

1.8 **Orthodontist**

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

- 1.9 **Orthodontische behandeling**
Behandeling of onderzoek, volgens medische en tandheelkundige normen algemeen aanvaard en behorend tot het specialisme waarvoor de orthodontist is ingeschreven.
- 1.10 **Paramedische behandeling**
Behandeling verricht door een in Nederland gevestigde:
– fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg);
– mondhygiënist, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of podotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit ‘diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’.
- 1.11 **Tandarts**
Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg).
- 1.12 **Tandheelkundig adviseur**
De tandarts die de verzekeraar in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.
- 1.13 **Therapieën**
- 1.13.1 **Huidtherapeut**
Therapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten en in het bezit is van het diploma van de Feldbergkliniek.
- 1.13.2 **Psychologische behandeling**
Een in Nederland gevestigde beoefenaar van de psychologie die als zodanig: geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg) of aangesloten en geregistreerd is bij het Nederlandse Instituut van Psychologen (NIP).
- 1.14 **Ziekenhuis**
Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten, alsmede het Nederlands Astmacentrum te Davos.
- 1.15 **Ziekenvervoer**
Vervoer per ambulance, rolstoelbus, taxi, huurauto of particuliere auto indien en voor zover openbaar vervoer om medische redenen niet verantwoord is.
- 1.16 **Ziektegeval**
Elke ononderbroken behoefte aan geneeskundige behandeling, voortgekomen uit dezelfde ziekte-oorzaak of ziekte-oorzaken dan wel hetzelfde ongeval.

1.17 **Zorgverlener**

De in Nederland gevestigde natuurlijke persoon of rechtspersoon, die medische zorg verleent. Onder zorgverlener wordt mede verstaan een leverancier van hulpmiddelen.

2 **DEKKING**

2.1 **Omvang van de dekking**

2.1.1 **Hulpmiddelen**

Vergoeding wordt verleend:

- voor de eigen bijdragen van de hulpmiddelen, die voorkomen in de regeling Hulpmiddelen 1996 (inclusief alle aanpassingen en aanvullingen tot 31-12-2002);
- tot een maximum van € 91,- per kalenderjaar per verzekerde;
- mits de verstrekking geschiedt op voorschrift van de behandelend arts;
- na TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

2.1.2 **Paramedische behandeling**

2.1.2.1 **Fysiotherapie en oefentherapie**

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van behandeling door de fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck;
- voor maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar;
- mits geen vergoeding wordt verleend krachtens de Standaard(pakket)polis of de Ziekenfondswet;
- mits de behandeling geschiedt op voorschrift van de behandelend arts;
- na TOESTEMMING VOORAF door de maatschappij.

Onder fysiotherapie wordt onder meer *niet* verstaan: zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.

2.1.2.2 **Podotherapie**

Vergoeding wordt verleend:

- voor 75% van de kosten van behandeling door een podotherapeut;
- indien er sprake is van reumatische aandoeningen of suikerziekte;
- tot een maximum van € 68,- per kalenderjaar per verzekerde;
- mits de behandeling geschiedt op voorschrift van de behandelend arts.

2.1.3 **Alternatieve geneeswijzen**

Vergoeding wordt verleend:

- voor de behandelingskosten van homeopathie, acupunctuur, natuurgeneeswijzen, antroposofie, manuele geneeskunde, osteopathie en chiropractie, door een in Nederland gevestigde arts, tandarts of behandelaar met inachtneming van artikel 1.2.;

- voor de kosten van geneesmiddelen die voorkomen in de Taxe Homeopathie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie en zijn voorgeschreven door een bovengenoemde arts, tandarts of behandelaar.
- van 75% van de gezamenlijke kosten tot een maximum van € 340,- per kalenderjaar per verzekerde.

2.1.4 **Tandheelkundige zorg**

2.1.4.1 **Tandheelkundige zorg aan verzekerden jonger dan 18 jaar**

Vergoeding wordt verleend:

- voor 50% van de kosten van behandeling door een:
 - * tandarts;
 - * mondhygiënist, op verwijzing van de tandarts;
- tot een gezamenlijk maximum van € 340,- per kalenderjaar per verzekerde.

Bij het vaststellen van de hoogte van de vergoeding wordt:

- géén onderscheid gemaakt tussen honorarium en techniekkosten;
- gebruik gemaakt van de rechtsgeldige tarieven voor een tandarts, indien de mondhygiënist hiervan afwijkt.

2.1.4.2 **Tandheelkundige zorg aan verzekerden vanaf 18 jaar**

Vergoeding wordt verleend:

- voor 50% van de kosten van behandeling door een:
 - * tandarts;
 - * parodontoloog;
 - * tandprotheticus;
 - * mondhygiënist, op verwijzing van de tandarts;
- tot een gezamenlijk maximum van € 340,- per kalenderjaar per verzekerde.

Bij het vaststellen van de hoogte van de vergoeding wordt:

- géén onderscheid gemaakt tussen honorarium en techniekkosten;
- gebruik gemaakt van de rechtsgeldige tarieven voor een tandarts, indien de mondhygiënist hiervan afwijkt.

2.1.4.3 **Orthodontische behandeling**

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van behandeling door een tandarts of orthodontist;
- aan verzekerden jonger dan 18 jaar;
- tot een maximum van € 454,- per verzekerde, gedurende de looptijd van de verzekering.

2.1.4.4 **Tandheelkundige hulp als gevolg van een ongeval**

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van tandheelkundige hulp, direct voortvloeiend uit een ongeval (zie artikel 1.7) tot een maximum van € 681,-;

- binnen een periode van twee jaar na het ongeval;
- mits het ongeval binnen 30 dagen aan de maatschappij wordt gemeld;
- na schriftelijke TOESTEMMING VOORAF door de maatschappij, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

2.1.5 Buitenlanddekking

2.1.5.1 Vaccinaties

Vergoeding wordt verleend:

- voor 50% van de kosten van vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen wegens verblijf in het buitenland tegen:
 - * Hepatitis A en B;
 - * DTP;
 - * Gele koorts;
 - * Tyfus;
 - * Cholera;
 - * Meningococcen;
 - * Gamma-globuline.
- tot een maximum van € 91,– per kalenderjaar per verzekerde.

2.1.5.2 Vervoer

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van ziekenvervoer vanuit het buitenland naar een ziekenhuis of de woonplaats van de verzekerde in Nederland met een in overleg met de verzekeraar te bepalen vervoermiddel;
- voor de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden in het buitenland naar Nederland;
- na TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar.

2.1.6 Aanvullende thuisverpleging

2.1.6.1 Verpleegartikelen

Vergoeding wordt verleend:

- indien een verzekerde thuis wordt verpleegd en voor zolang krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten vergoeding wordt verleend voor aanvullende thuisverpleging;
- voor 75 % van de kosten, tot een maximum van € 340,– per kalenderjaar per verzekerde;
- mits de verstrekking geschiedt op voorschrift van de behandelend arts.

2.1.6.2 Voedingsmiddelen

Vergoeding wordt verleend:

- indien een verzekerde
 - * thuis wordt verpleegd en indien en voor zolang krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten vergoeding wordt verleend voor thuisverpleging;
 - * is aangewezen op kunstmatige of sondevoeding;
- onder aftrek van een eigen bijdrage van € 3,- per dag;
- mits de verstrekking geschiedt op voorschrift van de behandelend arts.

2.1.7 Kuren en therapeutische kampen

2.1.7.1 Astmatische jongeren

Vergoeding wordt verleend:

- voor verblijf in een therapeutisch kamp voor astmatische jongeren dat plaatsvindt voor 1 januari volgend op de dag waarop de 18-jarige leeftijd wordt bereikt;
- van € 7,- per dag tot een maximum van 42 dagen per kalenderjaar per verzekerde;
- mits het verblijf geschiedt op voorschrift van de behandelend arts.

2.1.7.2 Somatisch herstellingssoord

Vergoeding wordt verleend:

- voor verblijf in een somatisch herstellingssoord aangesloten bij het Verbond van Nederlandse Herstellingsoordorganisaties (VHN);
- tot een maximum van:
 - * € 23,- per dag;
 - * 42 dagen per kalenderjaar per verzekerde;
- mits het verblijf geschiedt op voorschrift van de behandelend arts.

2.1.7.3 Vakantie en handicap

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van thuiszorg verleend aan een gehandicapte tijdens een vakantiereis;
- voor zover de vakantiereis en de thuiszorg zijn geregeld door de Internationale Hulp Dienst;
- mits de vakantiereis geschiedt in overleg met de behandelend arts;
- voor thuiszorg voor gehandicapten verleend door de Stichting Thuisverzorging van Gehandicapten tijdens de vakantieperiode van de vaste mantelzorg;
- na TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar.

2.1.8 Therapieën

2.1.8.1 Camouflagetherapie

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van de te volgen instructielessen en de cosmetische producten;
- indien er sprake is van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals;
- tot een maximum van € 113,- per kalenderjaar per verzekerde;
- mits de behandeling geschiedt op voorschrift van de behandelend arts.

2.1.8.2 Elektrisch epileren in het gelaat

Vergoeding wordt verleend:

- indien er sprake is van hirsutisme (overmatige plaatselijke haargroei) in het gelaat bij vrouwelijke verzekerden;
- van 75% van de kosten, tot een maximum van € 545,- éénmalig gedurende de looptijd van de verzekering;
- mits de behandeling geschiedt op voorschrift van de behandelend arts.

2.1.8.3 Lymfedrainage

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van behandeling door een erkend huidtherapeut;
- indien er sprake is van ernstig lymfoedeem;
- tot een maximum van € 227,- per kalenderjaar per verzekerde;
- mits de behandeling geschiedt op voorschrift van de behandelend arts.

2.1.8.4 Psoriasisdagbehandeling

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van behandeling die plaatsvindt in één van de erkende centra voor psoriasisdagbehandeling in Nederland;
- voor één aaneengesloten behandeling per drie jaar per verzekerde;
- tot een maximum van € 749,- per behandeling en voor de reiskosten tot een maximum van € 227,- per behandeling;
- mits de behandeling geschiedt op voorschrift van de behandelend arts.

2.1.8.5 Psychologische hulp

Vergoeding wordt verleend:

- voor 50% van de kosten van behandeling door een erkend psycholoog;
- tot een maximum van € 91,- per kalenderjaar per verzekerde;
- mits de behandeling geschiedt op voorschrift van de behandelend arts.

2.1.8.6 Stottertherapie

Vergoeding wordt verleend:

- voor 75% van de kosten van behandeling in een instituut voor stottertherapie;
- voor zover de therapie wordt toegepast door een logopedist;

- mits er geen vergoeding wordt verleend krachtens de Standaard(pakket)polis of de Ziekenfondswet;
- tot een maximum van € 340,- per kalenderjaar per verzekerde;
- mits de behandeling geschiedt op voorschrift van de behandelend arts.

2.1.9 **Ziekenhuisopname meeverzekerd kind**

Deze dekking is van kracht tot 1 januari volgend op de dag waarop het kind de 18-jarige leeftijd heeft bereikt.

2.1.9.1 **Logeerhuis**

Vergoeding wordt verleend:

- bij opname van een meeverzekerd kind, voor de kosten van verblijf van de ouders in een logeerhuis, verbonden aan een ziekenhuis;
- voor de verschuldigde eigen bijdrage tot een maximum van € 11,- per dag of nacht.

2.1.9.2 **Ziekenbezoek**

Vergoeding wordt verleend:

- bij opname van een meeverzekerd kind, voor de kosten van vervoer van de ouders van het woonadres naar een in Nederland gevestigd ziekenhuis en terug;
- voor zover het vervoer geschiedt langs de kortst gebruikelijke route en voor zover de afstand van het woonadres tot het ziekenhuis groter is dan 40 kilometer;
- € 0,28 per kilometer voor de totale reisafstand verminderd met 40 kilometer;
- tot een maximum van 4 maal per week.

2.2 **Vrije keuze**

De verzekerde is vrij in de keuze van de zorgverlener/zorgverlenende inrichting of instantie.

2.3 **Uitsluitingen**

Geen aanspraak op vergoeding van kosten bestaat:

- 2.3.1 voor ziekten en afwijkingen, welke reeds bestonden voor het aanvragen van de verzekering of bij uitbreiding van de dekking (verhoging van de verpleegklasse of verlaging van het eigen risico), indien de verzekeringnemer of de verzekerde daarvan toen reeds kennis droeg of klachten ondervond.

Het bovenstaande is niet van toepassing:

- indien de verzekeringnemer de verzekeraar van de bewuste ziekten, afwijkingen of klachten schriftelijk op de hoogte heeft gebracht en de verzekeraar daarvoor bij het aanvaarden van de verzekering of de uitbreiding van de dekking geen bijzondere voorwaarden heeft gesteld;
- bij een uitbreiding van de dekking zoals bedoeld in artikel 8.1.

- 2.3.2 voor tandheelkundige implantaten en de kosten verband houdende met het inbrengen daarvan in de kaak, alsmede kosten verbonden aan tandheelkundige gezondheidsverklaringen, niet tijdig afgemelde afspraken en behandelingsadviezen.
- 2.3.3 voor onderdelen van de tandheelkundige zorg die krachtens de Standaard(pakket) polis of de Ziekenfondswet zijn geregeld.
- 2.3.4 voor de kosten van orthodontische behandeling door een tandarts binnen artikel 2.1.4.2.
- 2.3.5 indien en voor zover een verzekerde aanspraak heeft of zou hebben gehad in geval deze verzekering niet zou hebben bestaan, of vergoeding uit hoofde van een andere verzekering of voorziening dan wel op grond van een wettelijke regeling.
- 2.3.6 voor de behandeling van aandoeningen veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, onverschillig hoe deze reacties zijn ontstaan.
 - a. Deze uitsluiting geldt niet voor schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en worden gebruikt of zijn bestemd om te worden gebruikt voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225).
 - b. Het onder a. vermelde is niet van toepassing wanneer krachtens de Nederlandse of een buitenlandse wet een derde aansprakelijk is voor de geleden schade.
- 2.3.7 voor de behandeling van aandoeningen veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij. 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 Den Haag is gedeponeerd.

3 **ALGEMEEN**

3.1 **Grondslag van de verzekering**

3.1.1 **Aanvraag**

Het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier alsmede schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk verstrekt, vormen met de bij een eventuele keuring door verzekerde verstrekte gegevens de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daarvan deel uit.

3.1.2 **Combinatie**

De aanvullende verzekering kan slechts worden gesloten en van kracht blijven in combinatie met de Standaard(pakket)polis of de Ziekenfondswet. Vergoeding krachtens de aanvullende verzekering vindt plaats nadat de vergoedingsregeling geldend op de Standaard(pakket)polis of de Ziekenfondswet volledig is benut.

3.1.3 **Verzwijging**

De verzekeraar is geen vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door hem te bepalen tijdstip te beëindigen, indien de mededelingen in het aanvraagformulier dan wel de afzonderlijke gegevens, in strijd waren met de waarheid of omstandigheden werden verzwegen, welke van dien aard zijn, dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien de verzekeraar daarvan kennis had gedragen.

3.2 **Kinderen**

3.2.1 Voor kinderen, geboren tijdens de duur van de verzekering, is de verzekering vanaf de geboorte van kracht ongeacht eventueel aangeboren ziekten of afwijkingen, mits:

- zij binnen een maand na hun geboorte aan de verzekeraar ter verzekering zijn voorgedragen;
- alle daarvoor in aanmerking komende kinderen zijn verzekerd op deze polis.

3.2.2 Meeverzekerd kunnen worden de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 18 jaar.

3.3 **Begin en einde van het recht op vergoeding**

De verzekeringnemer heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover gemaakt tijdens de periode gedurende welke deze verzekering van kracht is, waarbij de datum van behandeling bepalend is. Een en ander met inachtneming van artikel 5.3.

3.4 **Strekking van de verzekering**

Vergoeding wordt verleend van kosten verbonden aan medische behandeling:

- voor elke op het polisblad genoemde verzekerde;
- voor zover de kosten zijn verzekerd volgens artikel 2 en zijn omschreven in artikel 1;
- mits en zolang de behandeling medisch noodzakelijk is en deze medische noodzaak kan worden aangetoond;
- tot ten hoogste de rechtsgeldige tarieven of tot het tarief dat door of namens de verzekeraar is overeengekomen met de zorgverlener/zorgverlenende inrichting of instantie.

Indien en voor zover de verzekeraar meer vergoedt dan hij krachtens één van de polisvoorwaarden is verplicht, wordt de verzekerde geacht aan de verzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de verzekeraar van het door of namens verzekerde teveel betaalde.

3.5 **Registratie van persoonsgegevens**

De bij de aanvraag van deze verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de verzekeraar gevoerde persoonsregistratie.

Op deze registratie is een privacy-reglement van toepassing, hetgeen ter inzage ligt bij de verzekeraar.

3.6 **Verrekening**

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

3.7 **Fraude**

Ieder recht op uitkering vervalt indien een verzekerde ter verkrijging van vergoeding van verzekerde kosten een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan. In een dergelijk geval heeft de verzekeraar het recht de verzekering met een opzegtermijn van 30 dagen te beëindigen.

4 **VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERINGNEMER/VERZEKERDE**

De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht:

- 4.1 om de TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar, zoals die is vereist voor een aantal behandelingen en verstrekkingen, op een zodanig tijdstip aan te vragen, dat de verzekeraar in de gelegenheid wordt gesteld alle gewenste inlichtingen te verkrijgen en zonodig nadere voorwaarden te stellen aan de voorgenomen behandeling of verstrekking.
- 4.2 om de door de verzekeraar gestelde nadere voorwaarden strikt in acht te nemen.
- 4.3 desgevraagd aan de verzekeraar, aan zijn medisch adviseur of aan hen, die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie.
- 4.4 de originele nota's binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de verzekeraar in te dienen. De verzekeringnemer dient hierbij gebruik te maken van een door de verzekeraar te verstrekken declaratieformulier. Bepalend voor het recht op uitkering is de behandeldatum en de datum van leverantie, niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.
- 4.5 computernota's gewaarmerkt door de zorgverlener in te (laten) dienen.
- 4.6 alle nota's op zodanige wijze te laten specificeren dat, zonder verdere navraag, hieruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden.

- 4.7 de verzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde.

Wanneer de belangen van de verzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van de hiervoor vermelde verplichtingen, behoeft de verzekeraar geen kosten te vergoeden.

5 PREMIE

5.1 Premiebepaling

- De leeftijd van een verzekerde op 1 januari van een jaar is bepalend voor de premie van dat jaar;
- De verzekeringnemer is premie verschuldigd voor maximaal twee kinderen.

5.2 Premiebetaling

De verzekeringnemer is verplicht de premie - waaronder bijdragen die voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen - en de kosten, hierna te noemen de premie, vooruit te betalen.

5.3 Niet-betaling

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, gelden de volgende bepalingen:

- de verzekeraar kan 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 medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen;
- indien de verzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer;
- de dekking wordt weer van kracht op de dag, volgende op die, waarop het verschuldigde bedrag, inclusief de kosten van invordering, door de verzekeraar is ontvangen.

Voor de kosten van behandeling waartoe de noodzaak of de verwachting om die te maken zich geopenbaard heeft in de tijd dat de dekking was opgeschort, is geen vergoeding verschuldigd.

5.4 Premierestitutie

Bij beëindiging van de verzekering voor één of meer personen zal restitutie plaatsvinden:

- in geval van overlijden, en wel per de dag na overlijden;
- in geval van beëindiging als bedoeld in artikel 8.2.

6 DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

6.1 Algemeen

6.1.1 Termijn

De verzekering is aangegaan:

- in eerste termijn tot de op het polisblad vermelde datum;
- vervolgens voor een termijn zoals op het (laatste) polisblad vermeld.

6.1.2 Voortzetting

De verzekering wordt stilzwijgend verlengd na afloop van een termijn, tenzij de verzekeringnemer tenminste 3 maanden voor het verstrijken van de termijn de verzekering per aangetekend schrijven aan de verzekeraar heeft opgezegd.

6.2 Beëindiging

De verzekeraar heeft het recht de verzekering te beëindigen ingeval van:

- beëindiging van de Standaard(pakket)polis of de dekking krachtens de Ziekenfondswet;
- toepasselijk zijn van artikel 3.1.3 (verzwijging) of artikel 3.7 (fraude) op een door haar te bepalen tijdstip;
- schorsing als bedoeld in artikel 5.3.

6.3 Nederlands ingezetene

De verzekering eindigt voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze ophoudt Nederlands ingezetene te zijn.

7 WIJZIGINGEN

7.1 Melding

De verzekeringnemer is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het verzekerde gezin en iedere verandering die invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit deze verzekeringsovereenkomst voortvloeien, zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de verzekeraar mee te delen.

Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:

- het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enige andere publiekrechtelijke ziektekostenregeling (zoals IZA, IZR);
- verhuizing;
- huwelijk;
- samenwoning/samenleving;
- wijziging van de gezinssamenstelling;
- wijziging van bank- - of postbanknummer.

Indien door het nalaten van het hierboven bepaalde de belangen van de verzekeraar worden geschaad, vervalt een eventueel recht op restitutie van premie en behoeft de verzekeraar geen kosten te vergoeden.

7.2 Adres

Kennisgevingen door de verzekeraar aan de verzekeringnemer, gericht aan haar/zijn bij verzekeraar laatstbekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

8 HERZIENING VAN PREMIE EN/OF VOORWAARDEN

8.1 Herziening

- De verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende polissen en bloc dan wel groepsgewijze te herzien.
- Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de verzekeraar vast te stellen datum. De verzekeraar doet van een herziening mededeling.

8.2 Recht van opzegging

- De verzekeringnemer heeft het recht met een dergelijke herziening niet akkoord te gaan.
- Indien de verzekeringnemer dit binnen 30 dagen na de onder 8.1 genoemde datum schriftelijk aan de verzekeraar heeft meegedeeld, wordt de verzekering beëindigd per bedoelde datum, met restitutie van premie over de niet verstreken periode waarover de premie is betaald.
Deze 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, daaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat;
- bij een verlaging van de premie en/of vermeerdering van de dekking.

8.3 Voortzetting verzekering

Heeft de verzekeraar voor de 31e dag na de onder 8.1 genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

9 VRIJWARING VAN AANSPRAKELIJKHEID

De verzekeraar is jegens de verzekeringnemer niet aansprakelijk voor schade door haar/hem geleden als gevolg van enige daad of nalatigheid van een persoon of instelling, niet zijnde de verzekeraar, tot wie of welke de verzekeringnemer of de verzekerde zich heeft gewend om haar/zijn aanspraak op een vergoeding in het kader van de Algemene Voorwaarden geldend te maken.