

AANVULLING ZORG RIANT

ALGEMENE VOORWAARDEN

ART. 01 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

- 1. Alternatief genezer**
Een in Nederland gevestigde alternatief genezer, op een bepaald gebied algemeen erkend en als zodanig praktiserend.
- 2. AWBZ**
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
- 3. CTG**
Met inachtneming van hetgeen elders in de voorwaarden is bepaald, worden ten hoogste vergoed de tarieven zoals deze zijn vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) krachtens de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG).
- 4. EU- en EER-lidstaat**
Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Ierland, Italië, Luxemburg, Oostenrijk, Portugal, Spanje, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Tevens de EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.
- 5. Farmaceutische hulp**
De als zodanig voorgeschreven en bij ministeriële Regeling aangewezen onderdelen van farmaceutische zorg, zoals verwoord in de regeling Farmaceutische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland.
- 6. Hoofdverzekering**
De bij de Zorgverzekeraar ondergebrachte verzekeringen krachtens de Ziekenfondswet en de AWBZ.
- 7. Maatschappij**
De aan de voorzijde van deze voorwaarden genoemde maatschappij.
- 8. Medische noodzaak**
De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende medische overwegingen.
- 9. Verzekerde(n)**
Degene(n) die als (mede)verzekerde(n) wordt (worden) aangemerkt voor de hoofdverzekering en als zodanig op het (voorlopig) Bewijs van Verzekering van de Zorgverzekeraar is (zijn) vermeld.
- 10. Verzekeringnemer**
Degene met wie de verzekering is aangegaan.
- 11. Wachtijd**
Een periode, gerekend vanaf de ingangsdatum van de verzekering, waarbinnen voor genoten hulp en/of behandelingen geen aanspraak op vergoeding bestaat krachtens deze verzekering.
- 12. Ziekenhuis**
Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis, kraaminrichting, revalidatiecentrum of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten, alsmede het Nederlands Astmacentrum te Davos.
In het buitenland wordt daaronder verstaan elke in dat land door de bevoegde overheidsinstantie erkende inrichting waar verpleging, onderzoek en behandeling van zieken plaatsvindt.
- 13. Zorgverlener**
Een in Nederland gevestigde (huis)arts, specialist, verloskundige, verpleegkundige, ziekenverzorgende, kraamverzorgende, bewegingstherapeut (fysiotherapeut, manueeltherapeut, oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck, heilgymnast-masseur, chiropractor), logopedist, kaakchirurg, orthodontist, tandarts, podotherapeut, huidtherapeut en psycholoog/psychotherapeut die allen als zodanig door de bevoegde overheidsinstanties zijn erkend en geregistreerd.
- 14. Zorgverzekeraar**
Onderlinge Waarborgmaatschappij 'SR-Zorgverzekeraar' U.A., gevestigd te Rotterdam (K.v.K. Rotterdam 24249971).

ART. 02 GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

Aan deze overeenkomst liggen ten grondslag de in het aanvraagformulier en de gezondheidsverklaring verstrekte opgaven en inlichtingen door de verzekeringnemer en de verzekerde aan de maatschappij, alsmede - indien medische keuring heeft plaatsgevonden - de bij die keuring door de verzekeringnemer en/of verzekerde verstrekte gegevens. Ingeval vernoemde opgaven en verklaringen in enig opzicht verkeerd of onwaarachtig blijken te zijn, alsmede in geval van verzwijging van de verzekeringnemer of de verzekerde bekende omstandigheden als bedoeld in de ter zake doende wettelijke bepalingen, heeft de maatschappij het recht zich op vernietigbaarheid van deze verzekering te beroepen.

DOEL VAN DE VERZEKERING

Doel van deze verzekering is een (gedeeltelijke) vergoeding te verlenen van bepaalde in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven kosten, die niet of slechts gedeeltelijk op grond van de bepalingen van de Ziekenfondswet voor vergoeding in aanmerking komen. De verzekering is een aanvulling op de vergoedingen op grond van de Ziekenfondswet en kan dan ook uitsluitend totstandkomen in combinatie met een (verplichte) ziekenfondsverzekering bij de Zorgverzekeraar. Dit kan alleen indien en zolang krachtens beide verzekeringen dezelfde verzekerden zijn verzekerd.

De procedures om voor bepaalde kosten vergoeding te verlenen, ofwel op grond van de Ziekenfondswet ofwel uit deze verzekering, kunnen verschillend van aard zijn, aangezien de vergoedingen op grond van de Ziekenfondswet een wettelijke basis kennen.

OMVANG VAN DE VERZEKERING

ART. 03 MEDISCHE NOODZAAK

Tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald, bestaat er alleen recht op uitkering indien en voorzover tot het maken van de kosten een medische noodzaak aanwezig is en hiervoor door het CTG geldige tarieven zijn vastgesteld, zulks tot ten hoogste van het door het CTG vastgestelde tarief.

ART. 04 VERZEKERDE KOSTEN

Uitsluitend indien de kosten niet of slechts gedeeltelijk in aanmerking komen voor vergoeding uit hoofde van de hoofdverzekering worden mits herstelbevorderend (aanvullend) vergoed:

- 1. Alternatieve geneeskundige hulp**
Volledig vergoed worden mits herstelbevorderend de kosten van alternatieve geneeskundige hulp terzake onderzoek en behandeling, inclusief de op grond daarvan voorgeschreven alternatieve geneesmiddelen, door een arts. Tot ten hoogste € 250,- per verzekerde per kalenderjaar wanneer deze kosten in rekening worden gebracht door een alternatief genezer (niet-arts), mits deze lid is van een landelijke beroepsvereniging en de onderzoeken en behandelingen herstelbevorderend zijn.
- 2. Bevallig:**
Voor verzekerden van het vrouwelijke geslacht wordt de eigen bijdrage - als aanvulling op de vergoeding uit hoofde van de hoofdverzekering - vergoed van een (poli)klinische bevalling, welke niet op medische indicatie plaatsvindt.
- 3. Bezoek aan een in een Nederland gelegen ziekenhuis verblijvende verzekerde:**
Vergoed worden de kosten van vervoer (voor ten hoogste éénmaal per dag) van verzekerde van het woonadres naar het ziekenhuis en terug in geval van opname van een verzekerde van dezelfde polis, waarvan de kosten voor rekening van de maatschappij komen. Het vervoer dient langs de snelst mogelijke route te worden afgelegd. De vergoeding bedraagt ten hoogste € 0,20 per kilometer ongeacht welk vervoermiddel.

del en wordt uitsluitend berekend indien de opname langer dan vijf (5) dagen duurt en de afstand tussen het woonadres en het ziekenhuis meer bedraagt dan 25 kilometer.

4. Brillenglazen en contactlenzen

Vergoed worden de kosten van brillenglazen (inclusief montuur) of lenzen bij een afwijking van 4 of meer dioptrieën per glas of lens. Per verzekerde bestaat per 36 maanden recht op vergoeding tot ten hoogste € 300,-. Onder lenzen worden verstaan dag-, week-, maand- of vaste contactlenzen die door een opticien verstrekt zijn.

5. Farmaceutische hulp

Vergoed worden de kosten van farmaceutische zorg overeenkomstig de regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld en de middelen zijn afgeleverd op voorschrift van een huisarts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheker/apotheekhoudend huisarts.

Op vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing.

Indien een vergoedingslimiet is vastgesteld en de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet blijft het meerdere voor rekening van verzekerde.

Voor geneesmiddelen waarvoor (nog) geen limiet is vastgesteld wordt geen vergoeding verleend, tenzij de maatschappij daarvoor vooraf schriftelijk toestemming heeft gegeven.

Op basis van het vorenstaande omvat deze aanspraak:

- a. geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de wet op de geneesmiddelenvoorziening mogen worden geleverd;
- b. andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd;
- c. middelen ter voorkoming van zwangerschap;
- d. polymere, oligomere, monomere en modulair dieetpreparaten overeenkomstig de regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld – als gevolg van een ernstige slik-, passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis, chronisch obstructief longlijden, cystische fibrose of een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand.
- e. bloedproducten als bedoeld in de Wet inzake Bloedvoorziening;
- f. verbandmiddelen;

Onder farmaceutische hulp worden niet vergoed:

- cosmetische middelen,
- genotmiddelen en medicinale wijnen,
- vermageringsmiddelen
- andere dan de in artikel 4 lid 5 sub d genoemde dieetpreparaten,
- versterkende middelen, voedingssupplementen en overige voedingsmiddelen,
- vitaminepreparaten.

6. Fertiliteitsbevorderende behandelingen

Vergoed worden de kosten van operatieve ingrepen, hormoonbehandelingen en kunstmatige inseminatie bij ongewenste kinderloosheid van de verzekerde vrouw, mits op voorschrift van de behandelend arts en de maatschappij vooraf schriftelijk heeft verklaard die kosten voor haar rekening te nemen.

7. (Fysio)therapeutische hulp

Vergoed worden de kosten op voorschrift van de huisarts of medisch specialist van door een ter zake gediplomeerde, uitgevoerde behandelingen voor(kinder)fysiotherapie, oefentherapie Cesar of Mensendieck, oedeemtherapie, manuele therapie, chiropractie, podotherapie, heilgymnastiek en osteopathie, mits deze herstelbevorderend zijn.

8. Herstelingsoord

Vergoed worden de kosten van verblijf in een bij de Nederlandse Vereniging van Herstelingsoorde voor somatische ziekten aangesloten herstelingsoord gedurende maximaal 42 dagen per verzekerde per

kalenderjaar tot ten hoogste € 25,- per dag, mits het verblijf geschiedt op voorschrift van de behandelend arts.

9. Hulpmiddelen

Als aanvulling op de hoofdverzekering worden bovendien als hulpmiddel beschouwd de door de behandelend arts voorgeschreven :

Enuresis-(plas)wekker, bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood beide alleen bij huur of in bruikleen,, steunzolen alsmede zooltjes voorgeschreven door een podotherapeut. De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de regeling Hulpmiddelen Ziekenfondsverzekering anders is bepaald, voor rekening van verzekerde. Onder normaal gebruik wordt in ieder geval verstaan de kosten van energieverbruik en batterijen.

Op deze verstrekking zijn de in de regeling Hulpmiddelen genoemde maximale vergoedingen en eigen bijdragen niet van toepassing mits de maatschappij schriftelijk heeft verklaard die kosten voor haar rekening te nemen, waaraan nadere voorwaarden kunnen worden verbonden.

10. Kraamcadeau

Recht op deze verstrekking bestaat onder de volgende voorwaarden:

- de verzekerde ontvangt na inzending van een daartoe strekkende aanvraag welke verkrijgbaar is bij de verloskundige of huisarts een kraamcadeau in natura ten behoeve van de bevalling.
- de verzekerde dient op het moment van verstrekking in de periode gelegen tussen de 5e en 7e maand van de zwangerschap krachtens deze voorwaarden als verzekerde te staan geregistreerd bij de maatschappij.

11. Kraamzorg:

Voor verzekerden van het vrouwelijke geslacht wordt de eigen bijdrage – als aanvulling op de vergoeding uit hoofde van de hoofdverzekering- vergoed op kraamzorg door een door de overheid erkende instelling voor kraamzorg.

12. Kraamzorhotel:

Kraamzorg in een erkend kraamzorhotel wordt vergoed tot maximaal € 160,- per verpleegdag tot maximaal 10 dagen gerekend vanaf de dag van geboorte.

13. Logopedie

Vergoed worden de op voorschrift van de huisarts of medisch-specialist gemaakte kosten van behandeling door een logopedist. Onder logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen indien sprake is van dialect en anderstaligheid.

14. Oogmeting

Vergoed worden de kosten van uitgevoerde oogmeting.

15. Preventieve geneeskunde

Vergoed worden de kosten van preventief onderzoek van hart- en bloedvaten, van baarmoederhals- en borstkankeronderzoek, prostaat-kanker, cholesterol alsmede van vaccinaties tegen griep, hondsdoelheid, rode hond, tetanus en hepatitis B. Ook worden vergoed vaccinaties die nodig zijn voor een verblijf in het buitenland.

16. Privékliniek

Vergoed worden de kosten van onderzoek, behandeling en verpleging in een in Nederland gelegen privé-kliniek, voor zover deze kosten niet hoger zijn dan de maximaal geldende CTG-tarieven, uitsluitend indien de maatschappij hiervoor vooraf schriftelijk heeft verklaard die kosten voor haar rekening te nemen.

17. Psychologische hulp

Kosten van behandeling door een eerstelijns psycholoog komen voor volledige vergoeding in aanmerking bij een door de maatschappij gecontracteerde zorgverlener. De behandeling dient van te voren aangevraagd te worden.

18. Ronald McDonald- of familiehuis

Vergoed worden - in geval van opname van een meeverzekerd kind - de verschuldigde eigen bijdrage van verblijf van de ouders in een Ronald McDonaldhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeerhuis.

19. Second opinion

Vergoed worden de kosten van het raadplegen van een andere dan de behandelend arts over een door deze voorgestelde behandeling.

20. Sportkeuringen

Vergoed worden, tot maximaal eenmaal per verzekerde per twee kalenderjaren, de kosten van een sportkeuring, en de kosten van een blessureconsult, indien deze kosten in rekening worden gebracht door een Sport Medisch Adviescentrum (SMA).

21. Tandheelkundige hulp

1. Tandheelkundige hulp voor verzekerden tot 22 jaar (tot het einde van het kalenderjaar waarin de 22-jarige leeftijd is bereikt). Vergoed worden de kosten van tandheelkundige behandelingen inclusief techniekkosten uitgevoerd door een tandarts tot ten hoogste € 500,- per verzekerde per kalenderjaar. Niet vergoed worden de kosten van orthodontie (zie hiervoor sub. 2)
2. Orthodontie voor verzekerden tot 22 jaar. Vergoed worden de kosten van orthodontische behandeling, uitgevoerd door een orthodontist of een tandarts tot ten hoogste € 1500,- per verzekerde tijdens de gehele duur van de verzekering.
3. Tandheelkundige hulp voor verzekerden vanaf 22 jaar (met ingang van het kalenderjaar na het bereiken van de 22-jarige leeftijd). Vergoed worden tot ten hoogste € 500,- per verzekerde per kalenderjaar de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts uitgevoerd. Niet vergoed worden op dit onderdeel de kosten van een gebitsprothese, orthodontische behandelingen, implantaten en mesostructuur en prothese op implantaten.

22. Therapieën

Vergoed worden de kosten van de onderstaande therapieën mits en voorzover de behandelingen plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts:

a. Camouflagetherapie:

tot ten hoogste € 250,- per verzekerde per kalenderjaar voor de te volgen instructielessen en cosmetische producten, indien sprake is van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals;

b. Lymfedrainage:

voor behandeling door een huidtherapeut, indien sprake is van een ernstig lymfoedeem;

c. Psoriasis-dagbehandeling:

voor behandeling, tot ten hoogste € 500,- per verzekerde per kalenderjaar, indien deze plaatsvindt in een van de erkende centra voor psoriasis-dagbehandeling.

d. Psoriasis lichtbaktherapie thuis:

mits en voorzover de behandelingen plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts, de bruikleen van een UV-B bestralingsunit voor thuisgebruik, geleverd door een bij de maatschappij gecontracteerde leverancier tot ten hoogste € 500,- per verzekerde per kalenderjaar in combinatie met punt 22c.

23. Thuisverpleging

Vergoed worden de kosten van een gediplomeerd verpleegkundige of een gediplomeerd ziekenverzorg(st)er gedurende ten hoogste 200 dagen per verzekerde, indien en zolang een opname in een ziekenhuis is geïndiceerd, doch verzekerde thuis wenst te worden verpleegd.

Deze vergoeding bedraagt ten hoogste € 165,- per etmaal.

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien de maatschappij, op een daartoe strekkend verzoek, vooraf schriftelijk heeft verklaard die kosten voor haar rekening te nemen.

24. Verblijf bij levertransplantatie

Vergoed worden de kosten van verblijf in het Prinses Margriethuis te Groningen aansluitend op een levertransplantatie in het Academisch Ziekenhuis Groningen voor verzekerde en een verzorger tot ten hoogste € 33,- per dag gedurende maximaal 28 dagen.

25. Vervoerskosten binnen Nederland

Vergoed worden de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer in Nederland – indien en voor zover openbaar vervoer om medische redenen niet verantwoord is - per ambulance, taxi of eigen- of huur-

auto. Tevens het vervoer naar en van de plaats waar een behandeling plaatsvindt respectievelijk vervoer naar en van een inrichting waarin de verzekerde ten last van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld. Tevens worden vergoed de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer van een verzekerde per helikopter uitsluitend indien opname in een ziekenhuis noodzakelijk is en het vervoer om medische redenen niet kan plaatsvinden met openbaar vervoer, ambulance, taxi of eigen- of huurauto. De vergoeding voor het gebruik van de eigen- of huurauto bedraagt € 0,30 per kilometer. De kosten van ziekenvervoer dienen verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten krachtens geheel of gedeeltelijk voor rekening van de verzekerde komen, daaronder begrepen de kosten die voor vergoeding krachtens de AWBZ in aanmerking kunnen komen. De vergoeding voor kosten van vervoer van verzekerde naar het Astmacentrum te Davos en terug bedraagt 50% van de reiskosten per trein in de laagste klasse.

26. Wachtlijstbemiddeling

Verzoeken omtrent wachttijdbemiddeling kunnen aan de maatschappij worden voorgelegd.

27. Ziektekosten en hulpverlening in het buitenland

1. Spoedeisende Ziektekosten tijdens verblijf in het buitenland

Voor de in het buitenland gemaakte spoedeisende ziektekosten bestaat recht op vergoeding tot ten hoogste 200% van de kosten volgens het CTG die zouden zijn vergoed indien verzekerde de behandeling in Nederland zou hebben ondergaan en indien deze betrekking hebben op:

- a. opname en behandeling in een algemeen erkend ziekenhuis, maximaal 365 dagen (hierbij is het verpleegtarief ten tijde van de opname en/of behandeling uitgangspunt);
- b. onderzoek en behandeling door een huisarts of medisch specialist, niet gepaard gaande met opname in een ziekenhuis, met inbegrip van de door deze voorgeschreven of verstrekte farmaceutische hulp;
- c. medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance, taxi of helikopter naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis of de dichtstbijzijnde huisarts of specialist;
- d. onderzoek en behandeling door een tandarts uitsluitend indien er sprake is van een spoedeisende behandeling, met inachtneming van artikel 4 lid 21 sub 1 en 3.

Zodra verzekerde naar het oordeel van de behandelend arts(en) naar Nederland kan worden vervoerd, dient verzekerde zijn medewerking daaraan te verlenen, in welk geval de daaraan verbonden medisch noodzakelijke extra kosten worden vergoed.

Repatriëring wordt vergoed als dit in overleg met SOS International medisch noodzakelijk is, omdat behandelingen ter plekke om medische redenen niet mogelijk is en als SOS International het vervoer en de begeleiding van de verzekerde naar Nederland regelt.

Bovendien worden vergoed de kosten van het vervoer van het stof-felijk overschot van een verzekerde naar Nederland.

Indien een in Nederland gevestigde specialist onderzoek, behandeling en/of opname van een verzekerde in het buitenland medisch noodzakelijk acht, worden de daaraan verbonden kosten vergoed, echter uitsluitend indien de maatschappij hiervoor vooraf schriftelijk toestemming heeft gegeven.

Geen vergoeding wordt verleend voor:

1. de kosten welke zijn gemaakt na een verblijf van meer dan twaalf (12) maanden buiten Nederland.
2. de kosten welke verband houden met een onderzoek, behandeling en/of opname welke het doel vormden van het verblijf in het buitenland.

De vergoeding geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel op basis van de omrekenkoers zoals deze geldt op de dag waarop de nota is geadateerd.

2. Zorg in een ander lidstaat van de Europese Unie:

Vergoed worden in een andere lidstaat van de Europese Unie, de kosten van regulieren behandelingen waarvoor in Nederland een CTG tarief is vastgesteld en bedraagt ten hoogste 100% van de kosten die krachtens de dekking van deze polisvoorwaarden zouden zijn vergoed als de verzekerde de behandeling in Nederland zou hebben ondergaan. Voor hulpmiddelen worden de kosten vergoed overeenkomstig de door de Maatschappij vastgestelde regeling Hulpmiddelen. De kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance, taxi, of auto worden vergoed tot het bedrag dat gelijk is aan de kosten van vervoer tussen de woonplaats van verzekerde en de dichtstbijzijnde plaats waar de zorg zou zijn verleend, indien deze in Nederland zou zijn geboden.

Ter toelichting: Het is aan te bevelen dat de verzekerde in een voorkomend geval vooraf met de maatschappij contact opneemt, opdat vooraf duidelijkheid wordt verkregen over de exacte hoogte van de vergoeding in dat specifieke geval.

3. Hulpverlening in het buitenland

Bij deze polis is meeverzekerd het recht op hulpverlening aan verzekerde in het buitenland door de BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International (hierna te noemen SOS International) te Amsterdam op de hieronder vermelde condities: Recht bestaat op organisatie door SOS International van wereldwijde hulpverlening ter zake van acute ziekte, ongeval of overlijden van verzekerde buiten Nederland. In geval van acute ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel van verzekerde bestaat recht op vergoeding van de kosten van vervoer (inclusief de noodzakelijke medische begeleiding) per ambulanceauto of ambulancevliegtuig naar een plaats in Nederland. Verzekerde is verplicht medewerking te verlenen voor het verkrijgen van een schriftelijke verklaring van de behandelend arts waaruit blijkt dat vervoer verantwoord is en dat de gekozen wijze van vervoer alsmede de vorm van eventuele medische begeleiding noodzakelijk is. Voor vervoer per ambulancevliegtuig geldt bovendien dat de repatriëring het redden van het leven en/of het voorkomen of verminderen van de te verwachten invaliditeit van verzekerde moet beogen. In geval van overlijden van verzekerde bestaat recht op vergoeding van de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot naar een plaats in Nederland, waaronder de kosten van de voor het vervoer noodzakelijke kist.

In geval een beroep wordt gedaan op deze hulpverlening dient deze zo spoedig mogelijk, doch altijd vooraf, per telefoon, telegram of telefax te worden aangevraagd bij SOS International. SOS International dient toestemming te verlenen voor het maken van de in dit artikel genoemde kosten. Indien, zo deze verzekering niet bestond, aanspraak gemaakt zou kunnen worden op uitkering op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening, is de in dit artikel genoemde dekking pas in de laatste plaats geldig. Alleen die schade zal dan voor uitkering in aanmerking komen welke het bedrag te boven gaat waarop verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken. Er bestaat geen recht op hulpverlening en vergoeding van de kosten, indien de reis naar en het verblijf in het buitenland tot doel hadden een medische behandeling te ondergaan. In voorkomende gevallen kan hulp worden ingeroepen van SOS International. SOS International is dag en nacht bereikbaar onder telefoonnummer (020) 651 51 51/ faxnummer (020) 651 51 09.

AANVULLENDE BEPALINGEN

ART. 05 TIJDENS DE LOOPTIJD VAN DE VERZEKERING GEBOREN KINDEREN

Indien kinderen, van wie de vader en/of de moeder krachtens deze verzekering zijn verzekerd, binnen één maand na hun geboorte ter meeverzeke-

ring bij de maatschappij worden aangemeld, worden deze kinderen zonder beperkende bepalingen geaccepteerd.

Deze verzekering geldt dan vanaf de geboortedatum.

ART. 06 UITSLUITINGEN

Geen vergoeding wordt verleend voor:

1. de kosten voortvloeiend uit enig belang ten behoeve waarvan een garantieregeling van kracht is;
2. 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;
3. de kosten die al op basis van een wet of andere voorziening wordt vergoed;
(In geval 1, 2 en 3 vergoedt de maatschappij uitsluitend die schade die het bedrag te boven gaat waarop verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken.)
4. de eigen bijdrage krachtens de AWBZ en die voor een bevolkingsonderzoek;
5. de kosten van preventieve geneeswijzen, tenzij vermeld in art. 4 lid 15;
6. de kosten van cosmetische operaties en behandelingen;
7. fertiliteitbevorderende behandelingen voor andere dan in art. 4 lid 6 genoemde vormen van fertiliteitbevorderende behandelingen.
8. eigen bijdragen krachtens de hoofdverzekering, waarop verzekerden op grond van de AWBZ en/of Ziekenfondswet geen recht hebben, met uitzondering van het bepaalde in artikel 4 lid 25.
Tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen hebben niet-ingezetenen geen recht op vergoeding van kosten welke voor een Nederlands ingezetene voor rekening van de AWBZ zouden komen;
9. de kosten van celtherapie, keuringen en het afgeven van attesten, uitzonderd het bepaalde in art. 4 lid 15 en lid 20;
10. de kosten van zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie;
11. de kosten voor hulp en begeleiding door personen of instellingen, al dan niet ingeschakeld bij een medische behandeling, die zich (mede-)bewegen op sociaal, maatschappelijk of onderwijskundig terrein;
12. de kosten van plastische en reconstructieve chirurgie alsmede van cosmetische operaties en behandelingen;
13. de kosten welke zijn gemaakt in de periode waarin deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van behandeling bepalend is;
14. de kosten als gevolg van het feit dat verzekeringsnemer of een verzekerde enige verplichting, welke krachtens deze voorwaarden op hem rust, niet is nagekomen en daardoor de belangen van de maatschappij heeft geschaad, dan wel onjuiste of onvolledige mededelingen heeft gedaan;
15. de kosten die zijn gemaakt in een periode van zes maanden, gerekend vanaf de ingangsdatum van deze verzekering, in het geval deze verzekering niet gelijktijdig met de hoofdverzekering tot stand is gekomen, waarbij de datum van behandeling bepalend is,
16. voor kosten die niet door het ziekenfonds worden vergoed, veroorzaakt door of verband houdend met een premieachterstand. Dit geldt ook voor de nominale premie voor de hoofdverzekering,
17. kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij.

Hieronder wordt verstaan:

- a. Gewapend conflict: elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de een de ander, gebruikmakend van militaire machtsmiddelen bestrijden. Onder gewapend conflict wordt mede verstaan het gewapend optreden van een Vredesmacht van de Verenigde Naties;
- b. Burgeroorlog: een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen de inwoners van een zelfde staat, waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat betrokken is;

- c. Opstand: georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag;
- d. Binnenlandse onlusten: min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat;
- e. Oproer: een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging gericht tegen het openbaar gezag;
- f. Mouterij: een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige bewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.

De zes hierboven genoemde vormen van molest alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage is gedeponereerd.

18. kosten welke zijn veroorzaakt door of verband houden met atoomkernreacties en de daarbij ontstane splitsingsproducten, onverschillig hoe de reacties zijn ontstaan, tenzij opgetreden bij een medische behandeling van een verzekerde.

Deze uitsluiting geldt niet voor kosten veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich overeenkomstig hun bestemming buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige, of (niet-militaire) beveiligingsdoelinden, mits er een door de overheid afgegeven vergunning (voor zover vereist) 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), alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip.

ART. 07 VERPLICHTINGEN IN GEVAL VAN SCHADE

Verzekeringnemer is verplicht ervoor zorg te dragen dat:

1. bij opname in een ziekenhuis, waarvan de kosten niet in aanmerking komen voor vergoeding uit hoofde van de hoofdverzekering, daarvan zo spoedig mogelijk aan de maatschappij mededeling wordt gedaan door middel van een volledig en naar waarheid ingevuld en ondertekend schadeaangifteformulier;
2. uitsluitend originele nota's worden ingediend, welke op het door de maatschappij verstrekte declaratieformulier zodanig moeten worden gespecificeerd, dat zonder verdere navraag kan worden nagegaan tot welke vergoeding de maatschappij is gehouden;
3. aan de maatschappij, haar medisch adviseur of aan degene die voor controle is aangewezen, alle medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van inlichtingen;
4. voor behandelingen, welke op grond van deze voorwaarden uitsluitend op voorschrift van een arts mogen geschieden, een verwijzing wordt overgelegd, indien hierom door de maatschappij wordt gevraagd.

ART. 08 PREMIEBETALING

Premiebetaling:

De verzekeringnemer is verplicht de premie en de kosten vooruit te betalen, binnen 30 dagen nadat deze verschuldigd worden.

Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de verzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de dag van wijziging te (her-)berekenen c.q. te restitueren.

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

In geval van overlijden van de verzekerde vindt desgevraagd verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.

Schorsing:

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie en kosten, dit geldt ook voor de nominale premie voor de hoofdverzekering, kan de verzekeraar overgaan tot het treffen van maatregelen tot incasso van zijn kosten. In dit geval komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringsnemer. De dekking wordt opgeschort vanaf de eerste dag dat dit bedrag was verschuldigd. Behoudens in geval van beëindiging wordt de dekking weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door de verzekeraar zijn ontvangen. Geen vergoeding wordt verleend voor kosten van medische behandelingen welke het gevolg zijn van ziekte, kwalen of gebreken die zijn ontstaan of waarvan zich verschijnselen gedurende deze periode hebben voorgedaan. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen.

Indien sprake is van een in artikel 10 lid d of e vermelde omstandigheid, bestaat eerst recht op restitutie van premie van het moment waarop de maatschappij hieromtrent schriftelijk bericht vergezeld van bewijsdocumenten door de verzekeringnemer/verzekerde heeft ontvangen.

ART. 09 WIJZIGING VAN PREMIE EN/OF VOORWAARDEN

De maatschappij heeft het recht de premie en/of voorwaarden van bepaalde groepen verzekeringen en bloc te wijzigen. Behoort deze verzekering tot die groep, dan is zij gerechtigd de premie en/of voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aan te passen en wel met ingang van de eerstvolgende premievervaldag na invoering van de wijziging.

Verzekeringnemer wordt van de wijziging in kennis gesteld en wordt geacht hiermee te hebben ingestemd, tenzij hij binnen dertig dagen na de premievervaldag aan de maatschappij schriftelijk het tegendeel heeft bericht. In dat laatste geval eindigt deze verzekering op de eerstgenoemde vervaldag.

De mogelijkheid van opzegging van deze verzekering door verzekeringnemer geldt niet indien:

- a. de wijziging van premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen en bepalingen;
- b. de wijziging van de premie voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde wiens leeftijd bepalend is voor de premie;
- c. de premie wordt verhoogd binnen de door de overheid daaraan gestelde grenzen;
- d. de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;
- e. de wijziging een uitbreiding van de dekking met een niet-hogere premie inhoudt.

ART. 10 EINDE VAN DE VERZEKERING

Deze verzekering eindigt bij opzegging door de verzekeringnemer tegen het einde van een op het polisblad genoemde termijn, mits de opzegging schriftelijk geschiedt en een termijn van ten minste twee maanden in acht wordt genomen.

Een eenmaal door de maatschappij geaccepteerde verzekering kan door haar nimmer worden opgezegd, behalve in de navolgende gevallen:

- a. indien verzekeringnemer zijn verplichting tot premiebetaling, zoals omschreven in artikel 8 niet nakomt en de maatschappij om die reden deze verzekering op een door haar te bepalen tijdstip opzegt;
- b. indien verzekeringnemer de wijziging van premie en/of voorwaarden overeenkomstig artikel 9 weigert;
- c. indien sprake is van omstandigheden als omschreven in artikel 2 op een door haar te bepalen tijdstip.

Deze verzekering eindigt voor de desbetreffende verzekerde automatisch:

- d. op het moment waarop deze zich in het buitenland vestigt;

- e. op de datum waarop deze niet langer verplicht verzekerd is ingevolge de Ziekenfondswet en om die reden de hoofdverzekering voor die verzekerde bij de Zorgverzekeraar wordt beëindigd.

OVERIGE BEPALINGEN

ART. 11 PREMIEWIJZIGING BIJ HET BEREIKEN VAN DE 18-JARIGE LEEFTIJD

Voor deze verzekering is voor ongehuwde kinderen tot 18 jaar geen premie verschuldigd.

Voor kinderen, die tijdens de geldigheidsduur van deze verzekering de 18-jarige leeftijd bereiken, wordt de premie voor deze verzekering vanaf de eerstvolgende premieervaldag na het bereiken van die leeftijd berekend volgens het op dat moment geldende premietarief voor verzekeringen voor volwassen verzekerden.

ART. 12 KENNISGEVING

De verzekeringsnemer is verplicht binnen een maand aan de verzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals het beëindigen van het recht op Ziekenfondsverzekering, verhuizing, huwelijk, samenwoning, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d. Kennisgevingen aan de verzekeringsnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringsnemer te hebben bereikt.

PERSOONSREGISTRATIE

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

TOEPASSELIJK RECHT EN KLACHTEN

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

Klachten betreffende de toepassing van de voorwaarden van deze verzekering kunnen schriftelijk worden voorgelegd aan:

- de directie van de maatschappij;
- Ombudsman Zorgverzekeringen
Postbus 93450
2509 AL Den Haag