



ZORGVERZEKERAAR DSW

Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekering 2001

ARTIKEL 1 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Arts

Een in Nederland gevestigde geneeskundige, die op grond van de Nederlandse wetgeving is bevoegd tot het uitoefenen van de geneeskunde.

Als arts in het buitenland wordt beschouwd een ter plaatse bevoegde arts, die volgens aldaar geldende medische normen als arts wordt aangemerkt.

AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

Fysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, als bedoeld in het Fysiotherapeutenbesluit, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie en ten behoeve van hulpverlening een overeenkomst heeft gesloten met de Zorgverzekeraar.

Hoofdverzekering

De bij de Zorgverzekeraar ondergebrachte verzekeringen op grond van de Ziekenfondswet en de AWBZ.

Huidtherapeut

Een in Nederland gevestigde therapeut, die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten en in het bezit is van het diploma van de Feldbergkliniek.

Medeverzekerde

Degene die als partner of als kind op de hoofdverzekering van de andere partner of ouder bij de Zorgverzekeraar geregistreerd staat.

Medische noodzaak

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

Ongeval

Een ongeval waarvoor recht op uitkering bestaat op grond van de in de folder *Zorgverzekeraar en Aanvullende Verzekeringen* terzake omschreven dekking en waaraan de Algemene en Bijzondere Voorwaarden van de polis Persoonlijke Ongevallenverzekering ten grondslag liggen.

Orthodontist

Een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde en die door middel van een overeenkomst is gerechtigd tot het voeren van een ziekenfondspraktijk.

Podokinesioloog

Een in Nederland gevestigde therapeut, die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Podokinesiologie.

Podotherapeut

Een in Nederland gevestigde therapeut, die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Podotherapie.

Psycholoog

Een in Nederland gevestigde beoefenaar van de psychologie, die als zodanig is geregistreerd bij en lid is van het Nederlands Instituut voor Psychologen.

Psychotherapeut

Een in Nederland gevestigde psychotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

Rechtsbijstand

De rechtsbijstand waarop recht bestaat op grond van de in de folder *Zorgverzekeraar en Aanvullende Verzekeringen* terzake omschreven dekking en waaraan de Algemene Voorwaarden van Rechtsbijstandsverzekering van de D.A.S. Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V. ten grondslag liggen.

Specialist

Een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, alsmede een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

Sport Medisch Adviescentrum

Een in Nederland gelegen centrum, dat is aangesloten bij de federatie van Sport Medische Adviescentra.

Tandarts

Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig is geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie en door middel van een overeenkomst is gerechtigd tot het voeren van een ziekenfondspraktijk.

Tandprotheticus

Een in Nederland gevestigde tandprotheticus, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie en een overeenkomst heeft met de Zorgverzekeraar.

Verzekerde

Degene die als hoofdverzekerde en/of als medeverzekerde wordt aangemerkt op grond van de Ziekenfondswet.

Verzekeringsgebied

- a. Tenzij anders vermeld: Nederland (het grondgebied binnen Europa);
- b. Binnen Europa: de landen van Europa, de Azoren, de Canarische Eilanden, Madeira en de Afrikaanse en Aziatische landen rond de Middellandse Zee;
- c. Buiten Europa: alle overige landen van de wereld.

Wachttijd

Een periode, gerekend vanaf de ingangsdatum van de verzekering, waarbinnen voor genoten hulp en/of behandelingen geen vergoedingsaanspraak bestaat krachtens deze verzekering.

Ziekenhuis

Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten.

Zorgverzekeraar

Onderlinge Waarborgmaatschappij "Zorgverzekeraar DSW" U.A., gevestigd en kantoorhoudend te Schiedam (K.V.K. Rotterdam 168208).

ARTIKEL 2 GRONDSLAG EN DOEL VAN DE AANVULLENDE VERZEKERING

Aan deze overeenkomst liggen ten grondslag de in het aanmeldingsformulier verstrekte opgaven en inlichtingen, alsmede – indien medische keuring heeft plaatsgevonden – de bij die keuring verstrekte gegevens. Verzwijging alsmede onjuiste of onvolledige opgave heeft tot gevolg dat de Zorgverzekeraar niet tot vergoeding van enige kosten is gehouden. Bovendien heeft de Zorgverzekeraar in dat geval het recht zich op nietigheid van deze verzekering te beroepen.

De verzekering kan uitsluitend tot stand komen en tot stand blijven in combinatie met een ziekenfondsverzekering bij de Zorgverzekeraar, indien en zolang krachtens beide verzekeringen dezelfde verzekerden zijn verzekerd.

Het doel van deze verzekering is een (gedeeltelijke) vergoeding te verlenen van bepaalde – nader in de folder *Zorgverzekeraar en Aanvullende Verzekeringen* omschreven – kosten, welke niet dan slechts ten dele voor rekening van de wettelijke ziekenfondsverzekering en/of de AWBZ komen.

ARTIKEL 3 TOELATING EN INSCHRIJVING

1. Voor verzekering kunnen zich aanmelden zij die als ziekenfondsverzekerde bij de Zorgverzekeraar staan ingeschreven.
2. De grondslag van de verzekering wordt gevormd door een volledig ingevuld en ondertekend aanmeldingsformulier. De Zorgverzekeraar beslist over de toelating en is bevoegd kandidaat-verzekerden te weigeren als verzekerden, dan wel onder beperkende voorwaarden in te schrijven.
3. Indien na inschrijving blijkt dat een verzekerde reeds aan een ziekte of afwijking lijdende was en dit hem redelijkerwijs bekend kon zijn terwijl hij daarvan geen melding heeft gedaan op het aanmeldingsformulier, dan bestaat geen recht op de daarvoor bestemde vergoeding van kosten en kan de Zorgverzekeraar de verzekering met onmiddellijke ingang beëindigen zonder dat aanspraak bestaat op premierestitutie.
4. Het bestaan van een verzekering blijkt uit een af te geven verzekeringsbewijs.

ARTIKEL 4 AANVANG VAN DE VERZEKERING; RECHT OP VERGOEDING

1. Indien de aanmelding plaatsvindt gelijktijdig met de aanmelding als verzekerde bij de Zorgverzekeraar, is de ingangsdatum gelijk aan de ingangsdatum van de hoofdverzekering.
2. Bij latere inschrijving in de aanvullende verzekering is de ingangsdatum gelijk aan de eerste dag van de maand volgend op de datum van aanmelding. In dat geval is de verzekerde inschrijfgeld verschuldigd waarvan de hoogte door de Zorgverzekeraar wordt vastgesteld.

3. Krachtens deze verzekering vindt vergoeding of uitkering plaats als nader omschreven in de folder *Zorgverzekeraar en Aanvullende Verzekeringen*. De vergoeding uit de aanvullende verzekering wordt jaarlijks door de Directie van de Zorgverzekeraar vastgesteld en bekendgemaakt op een nader door de Directie te bepalen wijze.
4. Vergoeding krachtens deze verzekering wordt niet eerder verleend dan na afloop van een termijn van twee maanden na de ingangsdatum van de verzekering, tenzij in de folder *Zorgverzekeraar en Aanvullende Verzekeringen* anders is bepaald.

ARTIKEL 5 UITSLUITINGEN

Geen vergoeding wordt verleend voor:

1. de kosten ten aanzien waarvan krachtens een andere overeenkomst, al dan niet van oudere datum, een der sociale verzekeringswetten, enige regeling van overheidswege of enigerlei subsidieregeling aanspraak op vergoeding of op verstrekking kan worden gemaakt; deze verzekering is pas in de laatste plaats geldig. Alleen die schade komt voor vergoeding in aanmerking die het bedrag te boven gaat waarop verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken.
2. de krachtens de Ziekenfondswet en/of de AWBZ verschuldigde eigen bijdragen, tenzij in deze voorwaarden dan wel in de folder *Zorgverzekeraar en Aanvullende Verzekeringen* anders is bepaald;
3. de kosten welke zijn gemaakt in de tijd dat deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van de behandeling bepalend is;
4. de kosten als gevolg van het feit dat verzekerde enige verplichting, welke krachtens deze voorwaarden op hem rust, niet is nagekomen waardoor de belangen van de Zorgverzekeraar zijn geschaad, dan wel vanwege het feit dat deze onjuiste of onvolledige mededelingen heeft gedaan. In dat geval vervalt het recht op vergoeding voor de gehele vordering; ook voor die onderdelen waarbij geen onjuiste of onvolledige mededelingen zijn gedaan;
5. kosten welke zijn veroorzaakt of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij;

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 de Vredesmacht van de Verenigde Naties;
- b. **burgeroorlog:** een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen de inwoners van eenzelfde 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 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 Den Haag is gedeponneerd;

6. de 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 met betrekking tot 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) beveiligingsdoeleinden, mits er een door enige overheid afgegeven vergunning (voor zover vereist) van kracht is voor vervaardiging, 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;

7. de kosten ontstaan of mogelijk geworden door opzet, grove schuld of met de wil van verzekerde of belanghebbenden;
8. de kosten direct of indirect verband houdende met zelfdoding van verzekerde, of poging daartoe;
9. de kosten ontstaan in en door militaire dienst;

10. de kosten ontstaan of mogelijk geworden door gebruik door verzekerde van alcohol, bedwelmende, opwekkende of soortgelijke middelen;
11. de kosten verbandhoudende met inbeslagneming of verbeurdverklaring.

ARTIKEL 6 RECHTEN EN VERPLICHTINGEN

1. Met inachtneming van een van toepassing zijnde wachttijd heeft de verzekerde recht op vergoeding van verzekerde kosten of hulp, voorzover gemaakt of verleend gedurende de periode waarin deze verzekering van kracht is.
2. Indien de verzekering een aanvullende bijdrage verstrekt op een vergoeding uit de hoofdverzekering, wordt deze bijdrage alleen betaald wanneer aanspraak bestaat op de desbetreffende vergoeding in de hoofdverzekering.
3. Verzekerde is verplicht ervoor zorg te dragen dat:
 - a. uitsluitend originele nota's worden ingediend, welke op het door de Zorgverzekeraar verstrekte declaratieformulier zodanig moeten worden gespecificeerd, dat zonder verdere navraag kan worden nagegaan tot welke vergoeding de Zorgverzekeraar is gehouden;
 - b. alle originele nota's betreffende het verstreken kalenderjaar voor 1 juni van het daaropvolgende jaar zijn ingediend;
 - c. aan de Zorgverzekeraar, zijn medisch adviseur of aan degene die voor een controle is aangewezen, alle medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van inlichtingen;
 - d. voor behandelingen, welke op grond van deze voorwaarden uitsluitend op voorschrift van de behandelend huisarts, specialist of tandarts mogen geschieden, een verwijzing wordt overlegd, indien hierom door de Zorgverzekeraar wordt gevraagd;
 - e. bij een ongeval met dodelijke afloop, op grond waarvan uit hoofde van de aanvullende verzekering recht op een uitkering bestaat, de Zorgverzekeraar daarvan binnen 24 uur telefonisch, per fax of anderszins schriftelijk in kennis wordt gesteld;
 - f. een schade betrekking hebbende op een aanspraak terzake van rechtsbijstand overeenkomstig het bepaalde in de aanvullende verzekering terstond bij de Zorgverzekeraar wordt gemeld; de Zorgverzekeraar draagt zorg voor onverwijld melding aan de D.A.S. Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V.
4. Op straffe van verlies van recht op vergoeding van kosten die zijn ontstaan door toedoen van een aansprakelijke derde, zal de verzekerde al het mogelijke doen om de Zorgverzekeraar te helpen bij het zoeken van verhaal op die aansprakelijke derde.
5. Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan de hiervoor vermelde verplichtingen komen aanspraken op vergoeding te vervallen; een en ander ter beoordeling van de Zorgverzekeraar.

ARTIKEL 7 PREMIEBETALING

Verzekeringnemer is verplicht de premie en de kosten bij vooruitbetaling te voldoen uiterlijk op de dag waarop zij verschuldigd zijn. Op de verzekering kan een door de directie van de Zorgverzekeraar vast te stellen gedifferentieerd premiesysteem van toepassing zijn in de vorm van kortingen respectievelijk toeslagen. Indien verzekeringnemer het verschuldigde niet tijdig betaalt of weigert te betalen, wordt geen vergoeding verleend voor kosten welke worden gemaakt als gevolg van ziekten, kwalen of gebreken die nadien zijn ontstaan of waarvan zich nadien verschijnselen hebben voorgedaan. Een nadere ingebrekestelling door de Zorgverzekeraar is daarvoor niet vereist. Verzekeringnemer dient het verschuldigde alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag volgend op die waarop het verschuldigde door de Zorgverzekeraar is ontvangen en geaccepteerd.

ARTIKEL 8 WIJZIGING VAN PREMIE EN/OF VOORWAARDEN

De Zorgverzekeraar 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 hij gerechtigd de premie en/of voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aan te passen en wel met ingang van de eerstvolgende premievervaldatum 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 Zorgverzekeraar schriftelijk het tegendeel heeft bericht. In het 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 de premie en/of de 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 eisen;
- d. de wijziging een verlaging van de premie en/of een uitbreiding van de dekking inhoudt.

ARTIKEL 9 MEDEVERZEKERING VAN KINDEREN

1. Indien kinderen, van wie de vader en/of moeder krachtens deze verzekering zijn verzekerd, binnen drie maanden na hun geboorte als medeverzekerde bij de Zorgverzekeraar worden geregistreerd, worden deze kinderen zonder beperkende bepalingen geaccepteerd. Deze verzekering geldt voor deze kinderen in dat geval vanaf de geboortedatum.
2. Voor meeverzekerde kinderen tot 18 jaar is geen premie verschuldigd. Zij zijn meeverzekerd op basis van de laagste Aanvullende Verzekering binnen het huishouden. Voor zelfstandig verzekerde kinderen tot 18 jaar is 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 premievervaldag na het bereiken van die leeftijd berekend volgens het op dat moment geldende premietarief voor verzekeringen voor volwassen verzekerden.

ARTIKEL 10 DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

1. De verzekering is aangegaan voor een periode van tenminste een kalenderjaar, te rekenen vanaf de aanvang van de verzekering, en wordt daarna, behoudens opzegging, verlengd met een periode gelijk aan de maximale inschrijvingstermijn van de hoofdverzekering.
2. De verzekering eindigt bij opzegging door de verzekeringnemer aan het einde van dezelfde termijn waarvoor de hoofdverzekering werd aangegaan, mits de opzegging schriftelijk geschiedt en een termijn van tenminste twee maanden in acht wordt genomen.
3. Een eenmaal door de Zorgverzekeraar geaccepteerde verzekering kan door hem nimmer worden opgezegd, behalve:
 - a. indien verzekeringnemer zijn verplichtingen tot premiebetaling, zoals omschreven in artikel 7, niet nakomt en de Zorgverzekeraar op een door hem te bepalen tijdstip opzegt;
 - b. indien verzekeringnemer de wijziging van premie en/of voorwaarden overeenkomstig artikel 8 weigert;
 - c. indien er sprake is van omstandigheden als omschreven in artikel 2 op een door hem te bepalen tijdstip.
4. Deze verzekering eindigt voor de desbetreffende verzekerde automatisch:
 - a. op het moment waarop deze zich feitelijk in het buitenland vestigt;
 - b. op het moment waarop deze niet langer verplicht verzekerd is ingevolge de Ziekenfondswet en om die reden de hoofdverzekering voor die verzekerde wordt beëindigd.
5. Indien de verzekering eindigt voor de hoofdverzekerde, eindigt deze ook voor diens medeverzekerde(n).

ARTIKEL 11 PERSOONSREGISTRATIE

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

ARTIKEL 12 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 Zorgverzekeraar of aan een van de volgende klachteninstellingen:

1. Ombudsman Zorgverzekeringen
Postbus 93560
2509 AN Den Haag
2. Raad van Toezicht op het Schadeverzekeringsbedrijf
Postbus 93560
2509 AN Den Haag