

AANVULLENDE BUDGET ZIEKTEKOSTENVERZEKERING

Voorwaarden ABZ 051

INHOUDSOPGAVE

De polisvoorwaarden zijn als volgt ingedeeld:

ALGEMEEN (artikel 1 t/m 16)

Hier zijn opgenomen de algemene bepalingen welke op de overeenkomst van toepassing zijn.

DE AANVULLENDE BUDGET ZIEKTEKOSTENDEKKING (artikel 17 en 18)

Dit artikel regelt welke ziektekosten voor vergoeding in aanmerking komen.

INTERNATIONAAL SERVICE CERTIFICAAT (artikel 19)

Dit artikel regelt het recht op dienstverlening in het buitenland.

DIENSTEN (artikel 20)

Dit artikel regelt de diensten van het Allianz Nederland ZorgServicebureau

ALGEMEEN

- Artikel 1 Grondslag van de verzekering
- Artikel 2 Omschrijving van de begrippen
 - Maatschappij
 - Verzekeringnemer
 - Verzekerde
 - Eigen risico
 - Alternatieve geneeskunde
 - Arts
 - AWBZ
 - Geneesmiddel
 - Inrichting
 - Kunst- en Hulpmiddelen
 - Tandheeskundig Centrum
 - Verbandmiddel
- Artikel 3 Aanvang, duur en einde van de verzekering
- Artikel 4 Premiebetaling
- Artikel 5 Premierestitutie
- Artikel 6 Algemene bepalingen
 - 1. Kalenderjaar
 - 2. Eigen risico
 - 3. Vergoedingsperiode
 - 4. Vrije keus
 - 5. Hogere verpleegklasse
 - 6. Kinderen
- Artikel 7 Verzekeringsgebied
- Artikel 8 Uitsluitingen
- Artikel 9 Verplichtingen

- Artikel 10 Vaststelling van het recht op vergoeding
- Artikel 11 Leeftijd, premie, eigen risico
- Artikel 12 Herziening van tarieven en/of voorwaarden
- Artikel 13 Adres
- Artikel 14 Geschillen
- Artikel 15 Verjaringstermijn
- Artikel 16 Regeling informatievoorziening

DE AANVULLENDE BUDGET ZIEKTEKOSTENDEKKING

- Artikel 17 De andere verzekeringen
 - Deze verzekering

- Artikel 18 Omvang van de dekking
 - A. Ziektekosten
 - A.1. Arts
 - A.2. Onderzoek, behandeling, verpleging
 - a. Opneming
 - b. Zorgbemiddeling
 - c. Thuisverpleging
 - d. Nierdialyse
 - e. Preventie
 - f. Lidmaatschap patiëntenvereniging en regionale kruisorganisatie
 - g. Overige behandelingen
 - 1. Alternatieve geneeskunde
 - 2. In vitro fertilisatie
 - 3. Psycholoog/psychotherapeut
 - A.3. Kunst- en hulpmiddelen
 - A.4. Vervoer
 - A.5. Bevalling en kraamzorg
 - A.6. Verblijfskosten ouder
 - A.7. Kinderopvang
 - A.8. Orgaantransplantatie
 - B. Tandheelkundige hulp
 - B.1. Kaakchirurg
 - B.2. Parodontologie
 - B.3. Orthodontie
 - B.4. Bijzondere gevallen
 - B.5. Kinderen

INTERNATIONAAL SERVICE CERTIFICAAT

- Artikel 19 Omvang van de dekking

DIENSTEN

- Artikel 20 Diensten Allianz Nederland ZorgServicebureau

AANVULLENDE BUDGET ZIEKTEKOSTENVERZEKERING

Voorwaarden ABZ 051

Algemeen

Art. 1 GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

Aan deze verzekeringsovereenkomst liggen ten grondslag de in de verzekeringsaanvraag verstrekte opgave en inlichtingen, alsmede - indien medische keuring heeft plaats gehad - de door de verzekerde bij die keuring verstrekte gegevens.

Art. 2 OMSCHRIJVING VAN DE BEGRIPPEN

Maatschappij

ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V., gevestigd De Molen 66, 3995 AX Houten, Nederland.

Verzekeringnemer

Degene, die de verzekering heeft aangeaan.

Verzekerde

Een van de op het polisblad als zodanig genoemde personen.

Eigen risico

Het op het polisblad als zodanig vermelde bedrag dat per kalenderjaar bij vergoeding van ziektekosten en kosten voor tandheelkundige hulp voor rekening van verzekeringnemer blijft.

Alternatieve geneeskunde

Andere vormen van geneeskunde dan de reguliere.

Arts

Een persoon, die in het land van vestiging door bevoegde instanties aldaar als arts, huisarts of specialist is erkend.

AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Geneesmiddel

De kosten van farmaceutische zorg worden vergoed overeenkomstig de Regeling Farmaceutische Zorg van de verzekeraar. De middelen dienen te zijn afgeleverd op voorschrift van een behandelaar door een in Nederland gevestigde apotheek, apotheekhoudend huisarts of drogisterij, tenzij de maatschappij anders bepaalt. Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing.

Inrichting

Een in het land van vestiging door de bevoegde instanties aldaar erkende inrichting, waarin zieken behandeld en/of ter behandeling verpleegd worden. Onder inrichting wordt ook verstaan een in Nederland door of namens de betrokken minister erkende inrichting, waarin behandeling en/of verpleging wordt verleend in verband met zwangerschap en bevalling.

Kunst- en Hulpmiddelen

De middelen die in de Regeling Hulpmiddelen van de verzekeraar zijn opgenomen.

Tandheeskundig Centrum

Een door de bevoegde instanties als zodanig erkend of voorlopig erkend universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheeskundige hulp in bijzonder gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband vereist en/of van een zodanige moeilijkheidsgraad is dat bijzondere deskundigheid en vaardigheid benodigd is.

Verbandmiddel

Een middel, dat uitsluitend vervaardigd is om er gekwetste lichaamsdelen mee te bedekken, te verbinden of te omwinden.

Art. 3 AANVANG, DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

De verzekering is aangegaan voor een in de polis vermelde eerste termijn en wordt na afloop daarvan stilzwijgend voortgezet voor telkens een termijn, waarvan de duur eveneens in de polis is genoemd.

De verzekering eindigt:

1. indien verzekeringnemer haar uiterlijk 3 maanden voor de afloopdatum van een der termijnen opzegt en dit besluit tot die datum handhaaft. De verzekering eindigt dan per de afloopdatum;
2. indien wordt getracht door het verstrekken van onjuiste opgaven en inlichtingen de maatschappij te bewegen tot het toekennen van vergoedingen waarop geen recht bestaat. De verzekering eindigt op de datum van opzegging door de maatschappij;
3. indien de maatschappij haar opzegt wegens achterstalligheid in de premiebetaling;

Een opzegging dient schriftelijk te geschieden.

De verzekering eindigt eveneens:

4. indien verzekeringnemer aanpassing van de verzekering aan nieuwe tarieven en voorwaarden krachtens het bepaalde in artikel 12 weigert;
5. van rechtswege, indien de verzekeringnemer ophoudt zijn woonplaats binnen Nederland te hebben.

Voor een verzekerde vervalt de verzekeringsdekking indien die verzekerde:

- a niet meer in Nederland woont;
- b niet meer verplicht verzekerd is ingevolge de Ziekenfondswet;
- c zijn/haar bij de maatschappij gesloten (Studenten) StandaardPakketPolis beëindigt.

Na beëindiging van de Ziekenfondsverzekering kan de betreffende verzekerde zich bij de maatschappij verzekeren, hetzij op basis van het alsdan door haar gevoerde product en tegen de alsdan voor hem/haar van kracht zijnde premie en eigen risico, hetzij - indien acceptatie op bezwaar stuit - op de voorwaarden van de Standaardpakketpolis. De aanvullende verzekering kan alsdan gehandhaafd blijven.

Art. 4 PREMIEBETALING

De verzekeringnemer is verplicht premie en/of kosten, alsmede de op basis van wettelijke regelingen opgelegde heffingen, te voldoen binnen 30 dagen nadat zij verschuldigd worden.

Indien het bedrag niet ten volle binnen genoemde termijn door de maatschappij is ontvangen, wordt de dekking opgeschort vanaf de eerste dag dat dit bedrag was verschuldigd. Verzekeringnemer blijft verplicht de premie en de kosten te voldoen waaronder de buitengerechtigde incassokosten. De dekking wordt weer van kracht op de dag volgende op die waarop de verzekeraar het totale verschuldigde bedrag heeft ontvangen. Niet worden vergoed kosten die gemaakt zijn gedurende de termijn waarover de dekking opgeschort is geweest. De maatschappij behoudt zich het recht voor de verzekering bij achterstalligheid in de premiebetaling op te zeggen.

Indien in het land waarin verzekerde woonachtig is een heffing of belasting wordt opgelegd, brengt de maatschappij een toeslag in rekening op de premie ter hoogte van bedoelde heffing of belasting.

Art. 5 PREMIERESTITUTIE

Verzekeringnemer heeft na tussentijdse beëindiging overeenkomstig artikel 3, recht op terugbetaling van premie over het tijdvak dat de verzekering niet meer van kracht is. Indien sprake is van een in artikel 3 in sub a, b of c vermelde omstandigheid, bestaat eerst recht op restitutie vanaf het moment dat de maatschappij hierover bericht heeft ontvangen.

Art. 6 ALGEMENE BEPALINGEN

1. Kalenderjaar

De kosten worden gerekend tot het kalenderjaar waarin de behandeling plaatsvindt. Indien een opname in een inrichting niet eindigt in het kalenderjaar waarin deze begon, mogen - zolang de opname ononderbroken voortduurt - uitsluitend de tijdens de opname gemaakte kosten voor verpleging en behandeling gerekend worden tot het kalenderjaar waarin de verzekerde werd opgenomen.

2. Eigen risico

Ingeval van beëindiging van de verzekering in de loop van een kalenderjaar vindt nimmer herberekening van het eigen risico plaats.

3. Vergoedingsperiode

Recht op vergoeding van ziektekosten en kosten van tandheelkundige hulp bestaat voor zover deze zijn gemaakt tijdens de duur van de verzekering. Indien de verzekering met betrekking tot een verzekerde eindigt, bestaat vanaf dat tijdstip geen recht meer op vergoeding van voor hem gemaakte kosten met uitzondering van de kosten van opname in een inrichting, indien die opname vóór dat tijdstip is aangevangen. In dat geval worden de kosten vergoed totdat die opname eindigt of voor langer dan een week wordt onderbroken.

4. Vrije keus

De verzekerde is vrij in de keuze behandelaar en inrichting, alsmede in de keuze van de verpleegklasse.

5. Hogere verpleegklasse

Bij verpleging in een hogere klasse dan volgens de polis werd overeengekomen, worden de meerdere kosten van verpleging en behandeling niet vergoed.

Art. 7 VERZEKERINGSGBIED

De verzekering van ziektekosten is in de gehele wereld van kracht.

Spoedgeval

Indien er sprake is van een spoedgeval (een ongeval of acuut optredende ziekte), tijdens een verblijf in het buitenland, vindt er volledige vergoeding van de kosten plaats, mits de behandeling wordt verricht door een in het betreffende land door de bevoegde instanties erkende behandelaar.

Verzekerde is, ingevolge het bepaalde in artikel 9 sub 1, verplicht er voor te zorgen dat de maatschappij zo spoedig mogelijk van een opname in een inrichting in kennis wordt gesteld.

Geen spoedgeval

Indien een verzekerde zich buiten Nederland wil laten behandelen en/of opnemen, heeft de verzekerde uitsluitend recht op vergoeding van de kosten indien vooraf toestemming is gevraagd aan de maatschappij en die toestemming daadwerkelijk schriftelijk is verleend. Bij een verleende toestemming zal de vergoeding ten hoogste plaats vinden op basis van de officiële tarieven in de Lidstaten van de Europese Gemeenschap.

Het niet nakomen van de verplichting om schriftelijk toestemming te vragen heeft het verlies van recht op vergoeding van kosten tot gevolg, tenzij de verzekerde aantoont dat door het niet voldoen aan de genoemde verplichting de belangen van de maatschappij niet geschaad zijn.

De kosten van verpleging en behandeling in een inrichting in het buitenland worden vergoed voor zover de opname de 365 dagen niet te boven gaat. Voor daarna gemaakte kosten wordt alleen vergoeding verleend indien vervoer naar Nederland om medisch noodzakelijke redenen niet verantwoord is.

De verzekering van kosten van tandheelkundige hulp (artikel 18 onder B) is alleen in Nederland van kracht.

Art. 8 UITSLUITINGEN

1. Molest

Niet worden vergoed de kosten welke zijn ontstaan door of verband houden met:

a gewapend conflict, burgeroorlog, opstand en muiterij, van welke begrippen de definities door het Verbond van Verzekeraars in Nederland de dato 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage zijn gedeponereerd;

b atoomkernreactie of radioactiviteit, tenzij dit laatste verband houdt met een medische behandeling van de betrokken verzekerde.

2. Andere verzekeringen

Er bestaat geen aanspraak op vergoeding indien, zo deze verzekering niet bestond, door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak gemaakt zou kunnen worden op uitkering van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging en/of behandeling op grond van een andere overeenkomst, al dan niet van oudere datum, of op grond van één der wettelijke regelingen.

3. Verzwijging

Verzwijging, alsmede onjuiste of onvolledige beantwoording van door of namens de maatschappij gestelde vragen zijn voor de maatschappij reden zich op vernietigbaarheid van de verzekering te beroepen. De maatschappij kan echter - in plaats van zich op vernietigbaarheid te beroepen - de overeenkomst voortzetten met dien verstande dat, met terugwerkende kracht tot de ingangsdatum, is uitgesloten het recht op vergoeding van ziektekosten die verband houden met ziekten, kwalen of gebreken die verzwegen zijn of waaromtrent een onjuiste of onvolledige opgave is gedaan.

4. AWBZ

Niet vergoed worden :

- a de bijzondere kosten waarvoor middels de AWBZ en/of middels op die wet gebaseerde andere besluiten een wettelijke regeling is getroffen;
- b de krachtens de AWBZ verschuldigde eigen risico's en/of bijdragen;
- c aanvullingen op de onder a vermelde bijzondere kosten.

Maakt een verzekerde geen gebruik van de AWBZ-voorziening dan bestaat geen recht op vergoeding van op andere wijze gemaakte kosten voor de betreffende ziekte, kwaal of ziekte.

5. Experimentele geneeskunde

Niet vergoed worden de kosten van behandelingen die als experimenteel worden beschouwd door de beroepsorganisatie van de betreffende behandelaar en/of de betreffende overheid of overheidsinstantie.

6. Buitensporige kosten

Niet vergoed worden de kosten van behandelingen en/of voorzieningen die buitensporige kosten met zich meebrengen. Onder buitensporige kosten worden onder andere verstaan de kosten die binnen de Nederlandse gezondheidszorg niet als normale, redelijke en billijke kosten worden erkend in het van een ziektekostenverzekering.

7. Maatschappelijke zorg

Niet vergoed worden de kosten van 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.

8. Cosmetische behandelingen

Niet worden vergoed de kosten van vormverbeterende behandelingen en/of operaties van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte.

9. Terrorismedekking

Voor de schade ten gevolge van het terrorismerisico geldt dat de uitkeringsplicht van de verzekeraar is beperkt. Van iedere bij haar ingediende aanspraak op schadevergoeding door een Nederlands ingezetene verzekerde, tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar terzake van die aanspraak ontvangt onder de herverzekering voor het terrorismerisico. De uitkeringsverplichtingen uit hoofde van verzekeringsovereenkomsten die direct of indirect kunnen voortvloeien uit de verwezenlijking van terrorismerisico zijn in herverzekering ondergebracht bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). De NHT biedt herverzekeringsdekking voor de hierna genoemde aanspraken tot maximaal €1 miljard per kalenderjaar. Dat bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars tezamen.

Onder terrorismerisico wordt verstaan:

- kwaadwillige besmetting;
- preventieve maatregelen;
- handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme en kwaadwillige besmetting.

Art. 9 VERPLICHTINGEN

De verzekeringnemer is verplicht ervoor te zorgen:

1. dat een opneming in een inrichting aan de maatschappij wordt gemeld, zodra van de noodzaak tot opneming is gebleken. Indien in verband met het spoedeisende karakter van de opneming melding vooraf niet mogelijk is, dient de melding uiterlijk binnen 3 dagen na de opneming plaats te vinden.

2. dat de nota's origineel en gespecificeerd zijn en uiterlijk binnen 3 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de kosten worden gemaakt bij de maatschappij worden ingediend. Nota's die niet voldoen aan de eisen die aan een nota gesteld mogen worden uit het oogpunt van een goede bedrijfsvoering zoals bijvoorbeeld de naam van de behandelde verzekerde, de datum van behandeling, de naam van degene op wiens voorschrift de middelen werden verstrekt, een notanummer of een waarmerk van degene die de nota heeft uitgegeven, worden niet in behandeling genomen.

Nota's die vervaardigd zijn met behulp van computerprogrammatuur moeten voorzien zijn van een waarmerk van degene die de hulp heeft verleend respectievelijk de geneesmiddelen heeft verstrekt;

3. dat desgevraagd aan de maatschappij en aan de daartoe door haar aangewezen geneeskundige alles wordt meegedeeld wat met de ziekte of kwaal of gebrek verband houdt en dat aan bedoelde geneeskundige gelegenheid wordt gegeven tot onderzoek, ter plaatse en ten tijde als door deze wordt bepaald;

4. dat de maatschappij wordt gemachtigd om over de vergoeding van de kosten waarop krachtens deze verzekering aanspraak wordt gemaakt te onderhandelen met de behandelaar die de betreffende kosten in rekening heeft gebracht of zal gaan brengen.

Het niet nakomen van deze verplichtingen heeft verlies van recht op vergoeding van kosten tot gevolg, indien en voor zover de belangen van de maatschappij hierdoor daadwerkelijk zijn geschaad. Het plegen van onrechtmatige handelingen om een hogere vergoeding te verkrijgen dan zonder die handelingen verschuldigd zou zijn, heeft verlies van elk recht op vergoeding van die kosten tot gevolg.

Art. 10 VASTSTELLING VAN HET RECHT OP VERGOEDING

Zodra de maatschappij alle door haar verlangde gegevens heeft ontvangen, neemt zij een beslissing over de aanspraak over vergoeding van kosten en over het bedrag daarvan.

De beslissing wordt aan degene die aanspraak op vergoeding kan maken schriftelijk meegedeeld.

Na vaststelling van de vergoeding wordt deze binnen 14 dagen uitbetaald.

Uitkering van een vergoeding aan de verzekeringnemer geschiedt door overschrijving naar een door hem opgegeven bank- of girorekening. De verzekeraar kan tevens rechtstreeks betalen aan degene die de desbetreffende prestatie heeft geleverd. Deze betaling geldt dan eveneens als bevrijdende betaling tegenover de verzekeringnemer.

Art. 11 LEEFTIJD, PREMIE, EIGEN RISICO

De premie en het eigen risico zijn gebaseerd op de door de maatschappij gehanteerde normen van het Entree-Leeftijdstarief.

Art. 12 HERZIENING VAN TARIEVEN EN/OF VOORWAARDEN

Indien de maatschappij haar tarieven en/of voorwaarden voor verzekeringen van dezelfde soort als deze verzekering herziet en in gewijzigde vorm bekend maakt, heeft zij het recht ook deze verzekering aan de nieuwe tarieven en voorwaarden aan te passen.

De maatschappij zal, indien zij van het recht van aanpassing gebruik maakt, verzekeringnemer voor of uiterlijk op de datum van invoering van de aanpassing daarvan mededeling doen. Over de periode van de datum van invoering van de aanpassing tot de eerstvolgende premievervaldag zal pro-rata navordering van premie kunnen plaatsvinden. Indien geen pro-rata navordering van premie plaatsvindt, gelden de nieuwe tarieven en voorwaarden per de eerstvolgende premievervaldag.

De verzekeringnemer heeft het recht om bedoelde aanpassing te weigeren tot 30 dagen na de datum van invoering. Indien hij van dit recht gebruik maakt, eindigt de verzekering op de datum van invoering of indien de weigering na die datum plaatsvindt, op de datum van weigering. Maakt hij geen gebruik van dit recht, dan wordt hij geacht de aanpassing te hebben aanvaard. Het recht een aanpassing te weigeren en daarmee de verzekering te beëindigen heeft verzekeringnemer niet indien sprake is van een herziening die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen.

Art. 13 ADRES

De verzekeringnemer dient elke adreswijziging van hemzelf of van een van de verzekerden terstond aan de maatschappij mee te delen.

Mededelingen van de maatschappij gericht aan de verzekeringnemer geschieden rechtsgeldig aan het laatst bij de maatschappij bekende adres.

Art. 14 GESCHILLEN

Geschillen worden onderworpen aan de uitspraak van de bevoegde rechter.

Op verzoek van de verzekeringnemer worden geschillen die geen betrekking hebben op de geldigheid van de overeenkomst of op de premiebetaling voorgelegd aan een scheidsman of bindend adviseur. Deze wordt in onderling overleg benoemd. Bij gemis aan overeenstemming wordt hij benoemd door de President van de Rechtbank te Utrecht. De scheidsman of de bindend adviseur doet als goed man naar billijkheid uitspraak omtrent het onderwerp van geschil, omtrent de aan zijn uitspraak verbonden kosten en omtrent de vraag wie van de partijen deze kosten dient te dragen.

Art. 15 VERJARINGSTERMIJN

Indien de melding van een schade niet plaatsvindt binnen 5 jaar na het moment waarop de verzekerde kennis kreeg of had kunnen krijgen van een gebeurtenis die tot een verplichting tot uitkering kan leiden, verjaart de vordering.

Art. 16 REGELING INFORMATIEVOORZIENING

Klachten

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Voor klachten over deze verzekering kan men zich wenden tot:

- de directie van ONVZ Ziektelkostenverzekeraar N.V.
Postbus 392
3990 GD Houten

U kunt zich ook wenden tot:

- De Ombudsman Zorgverzekeringen
Postbus 93560
2509 AN 's-Gravenhage
telefoon: 070-333 89 99.

Geschillen worden onderworpen aan de uitspraak van de bevoegde rechter.

Registratie persoonlijke gegevens

De persoonsgegevens ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van fraudebestrijding en activiteiten gericht op het vergroten van het klantenbestand, worden verwerkt conform de Wet bescherming persoonsgegevens. De registratie is aangemeld uit hoofde van deze wet.

AANVULLENDE BUDGET ZIEKTEKOSTENVERZEKERING

Voorwaarden ABZ 051

De Aanvullende Budget Ziektekostendekking

Art. 17 DE ANDERE VERZEKERINGEN

De in het polisblad vermelde verzekerde is, naast het recht dat hij/zij heeft op vergoeding van ziektekosten krachtens de AWBZ, ook verzekerd bij :

- a de maatschappij krachtens een Standaardpakketpolis of
- b een ziekenfondsverzekering krachtens de ziekenfondswet, hierna te noemen : de andere verzekering.

DEZE VERZEKERING

De in

- artikel 7 (Verzekeringsgebied),
- artikel 18 (Omvang van de aanvullende dekking) en
- artikel 19 (Internationaal Service Certificaat)

genoemde ziektekosten worden, binnen de grenzen van deze voorwaarden, slechts vergoed voor zover die kosten door die andere verzekering niet of niet volledig voor vergoeding in aanmerking komen.

Art. 18 OMVANG VAN DE AANVULLENDE DEKKING

De hierna te noemen kosten worden vergoed voor zover sprake is van:

- medische noodzaak en
- voor zover deze te boven gaan hetgeen waarop aanspraak bestaat op grond van de (Studenten) Standaardpakketpolis of de ziekenfondsverzekering, behoudens voor zover deze verzekering uit eigen hoofde zelfstandig dekking biedt.

De vergoeding geschiedt onder aftrek van het eigen risico.

A ZIEKTEKOSTEN

A.1. Arts

De kosten van onderzoek en behandeling door een arts en van de door deze verstrekte of op recept voorgeschreven geneesmiddelen, verbandmiddelen en middelen ter voorkoming van zwangerschap.

In het geval van fysiotherapie, logopedie of ergotherapie heeft de behandelaar geen arts te zijn, mits hij/zij wel ingeschreven staat in het officiële register van de desbetreffende beroepsgroep of aangesloten is bij een erkende beroepsorganisatie.

A.2 Onderzoek, behandeling, verpleging

a Opneming

De kosten van onderzoek, behandeling (waaronder geneesmiddelen) en verpleging in een inrichting.

b Zorgbemiddeling

Als een behandeling op grond van een bestaande wachtlijst niet binnen een redelijke termijn kan plaatsvinden, zal de maatschappij op een daartoe strekkend verzoek onderzoeken of eerdere behandeling mogelijk is. Voor nadere informatie zie artikel 20 Diensten.

c Thuisverpleging

De kosten van hulp door een gediplomeerde verpleegkundige ten huize van verzekerde, alsmede de direct hiermee verband houdende kosten teneinde de verpleging adequaat te kunnen uitvoeren.

De thuisverpleging maakt onderdeel uit van de AWBZ. De verzekerde moet eerst zijn/haar aanspraak krachtens de AWBZ geldend maken, voordat een aanspraak uit hoofde van dit artikel mogelijk is.

Aanspraak op vergoeding bestaat alleen:

-indien er anders een behandeling en verpleging in een inrichting moet plaatsvinden;

-na voorafgaande goedkeuring door de maatschappij.

Thuisverpleging kan geregeld worden door het Allianz Nederland ZorgServicebureau. Nadere informatie over deze dienstverlening wordt omschreven in artikel 20 Diensten.

d Nierdialyse

De kosten van nierdialyse. Indien de dialyse thuis plaatsvindt, bestaat eveneens recht op vergoeding van de overige hiermee verband houdende noodzakelijke kosten, zoals de kosten van gas, licht, water en bewassing, het aanpassen van de woning, de inrichting van een behandelkamer en de kosten van herstel van de oude situatie bij beëindiging van de behandeling.

Recht op vergoeding van de bijkomende kosten bestaat alleen na voorafgaande goedkeuring door de maatschappij.

e Preventie

De kosten van preventieve onderzoeken, vaccinaties en inentingen.

f Lidmaatschap patiëntenvereniging en regionale kruisorganisatie

Vergoed worden de kosten van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumentenfederatie. Eveneens worden de kosten vergoed van het lidmaatschap van één regionale kruisvereniging. Vergoeding wordt verleend tegen het overleggen van een kopie van het bewijs van inschrijving en het betalingsbewijs.

g Overige behandelingen

1. Alternatieve geneeskunde

De kosten van de bij alternatieve geneeswijzen voorgeschreven genees- en verbandmiddelen worden vergoed tot een maximum van €250,-- per verzekerde per kalenderjaar.

2. In vitro fertilisatie

De kosten van maximaal 3 in vitro fertilisatiebehandelingen in een ziekenhuis gedurende de gehele looptijd van de verzekering. Recht op vergoeding van de kosten bestaat uitsluitend indien vooraf toestemming en goedkeuring van de maatschappij is verkregen.

3. Psycholoog/psychotherapeut

De kosten van onderzoek en behandeling door een psycholoog/psychotherapeut worden vergoed tot een maximum van €500,-- per verzekerde per kalenderjaar.

A.3 Kunst- en Hulpmiddelen

De kosten van kunst- en hulpmiddelen en de eigen bijdragen die zijn opgenomen in de Regeling Hulpmiddelen van de verzekeraar, met dien verstande dat brillen en/of contactlenzen worden vergoed tot een maximum van €250,-- per verzekerde per 3 kalenderjaren.

De Regeling Hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar.

A.4 Vervoer

De kosten van vervoer van een verzekerde van en naar een behandelaar en/of behandelende instantie, voor zover dat vervoer uitsluitend verband houdt met onderzoek en behandeling van die verzekerde en vanwege diens gezondheidstoestand niet kan plaatsvinden met openbaar vervoer.

Recht op vergoeding van de kosten van een taxi of het gebruik van de eigen of een gehuurde auto bestaat alleen indien een verklaring van een arts wordt overgelegd, waaruit blijkt om welke medische redenen geen gebruik van het openbaar vervoer kan worden gemaakt.

Bij gebruik van de eigen auto bedraagt de vergoeding €0,30 per kilometer en wordt deze berekend over een reisafstand in kilometers tussen de woning van de verzekerde en de inrichting.

A.5 Bevalling en Kraamzorg

Voor vrouwelijke verzekerden geldt de volgende aanvullende vergoedingsregeling voor bevalling en kraamzorg:

- a. Bij bevalling thuis of in een ziekenhuis met of zonder medische noodzaak: een uitkering ten behoeve van kraamzorg van €230,-;
- b. De aanstaande moeder heeft recht op een kraampakket.

Zie voor nadere informatie zie artikel 20 Diensten.

A.6 Verblijfskosten ouder

De kosten van verblijf van een ouder in een speciaal daarvoor bestemd verblijfshuis, zoals een Ronald McDonaldhuis, in geval er sprake is van de opnemings in een inrichting van een meeverzekerd kind.

A.7 Kinderopvang bij ziekenhuisopname

Bij opname in een ziekenhuis van de verzekerde ouder bestaat recht op vergoeding van de kosten van kinderopvang onder de volgende voorwaarden:

- de kinderopvang wordt verleend door een door de bevoegde gemeentelijke instantie erkende instelling;
- de vergoedingsregeling vangt aan met ingang van de vijfde dag van een aaneengesloten ziekenhuisopname;
- de vergoeding bedraagt per verzekerde kind tot een leeftijd van 15 jaar, maximaal €15,- per werkdag. Recht op vergoeding bestaat tot uiterlijk de ontslagdatum uit het ziekenhuis;
- in plaats van de hieromschreven vergoeding kan onder bepaalde voorwaarden worden gekozen voor kinderopvang in natura.

Voor nadere informatie en de voorwaarden met betrekking tot deze zorg in natura kan de verzekerde contact opnemen met het Allianz Nederland ZorgServicebureau. Zie artikel 20 Diensten.

A.8 Orgaantransplantatie

De kosten van behandeling en verpleging van een donor, ook indien deze niet een verzekerde is. Deze kosten worden vergoed op basis van de tarieven geldende voor de verpleegklasse waarvoor de verzekerde, ontvanger van het orgaan, is verzekerd.

B TANDHEELKUNDIGE HULP

B.1 Kaakchirurg

De kosten van onderzoek en behandeling.

B.2 Parodontologie

De kosten van parodontologische behandeling.

B.3 Orthodontie

De kosten van orthodontische behandeling, alsmede de kosten van de aan te brengen losse en/of vaste apparatuur.

B.4 Bijzondere gevallen

De kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking, heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Het betreft hier de volgende afwijkingen :

- a Het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen minstens 10 dient te zijn;
- b Een kaakgewrichtsafwijking, als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts, algemeen practicus, bv. door inslijpen en opbeetplaten niet tot het gewenste resultaat heeft geleid;
- c Een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn;
- d Een lip-, kaak- of verhemeltespleet;
- e Een uitgebreid defect aan de mond, kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling;
- f Een kaakorthopedische afwijking, doch uitsluitend indien deze door middel van een osteotomie behoort te worden gecorrigeerd en daarbij een prothetische voor- of nabehandeling noodzakelijk is.

Aanspraak op vergoeding van deze onder B.4 genoemde kosten bestaat uitsluitend indien :

- de behandeling plaatsvindt in een Tandheelkundig Centrum;
- de maatschappij op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door haar goedgekeurd behandelingsplan, tevoren toestemming heeft gegeven, bij welke toestemming nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

Het recht op vergoeding beperkt zich tot die tandheelkundige behandelingen welke noodzakelijk worden geacht om de afwijking te compenseren en die betrekking hebben op het gedeelte van het kauwstelsel waar de afwijking zich manifesteert.

Geen toestemming wordt verleend :

- indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is;
- voor behandelingen die niet noodzakelijkerwijs in een Tandheelkundig Centrum dienen plaats te vinden.

B.5 Kinderen

Alleen voor kinderen worden, behalve de hiervoor onder B1 t/m B4 genoemde kosten, eveneens vergoed:

- a de bijdragen aan een school- of kleutertandverzorgingsdienst;
- b de kosten van onderzoek en behandeling door een tandarts.

De vergoeding van deze onder a en b genoemde kosten vindt plaats tot en met het kalenderjaar waarin de 21-jarige leeftijd wordt bereikt. Niet vergoed worden de kosten van tandheelkundige kunst- en hulpmiddelen.

AANVULLENDE BUDGET ZIEKTEKOSTENVERZEKERING

Voorwaarden ABZ 051

Internationaal Service Certificaat

Art. 19 ALGEMEEN

Een verzekerde heeft recht op de hierna omschreven dienstverlening en vergoeding van kosten in het buitenland; het in het polisblad vermelde eigen risico is hierbij niet van toepassing. De kosten van de dienstverlening, waar ook ter wereld, komen uitsluitend voor rekening van de maatschappij indien daartoe opdracht is gegeven door ANWB Alarmcentrale of daarvoor door de maatschappij toestemming is gegeven.

In geval van een ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval is de verzekerde verplicht direct contact op te nemen met ANWB Alarmcentrale. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven.

ANWB Alarmcentrale is bereikbaar onder telefoonnummer: 31 (0)70 314 58 72.

De hierna omschreven dienstverlening en/of kostenvergoeding wordt niet verleend indien hierop aanspraak bestaat krachtens een reisverzekering.

OMVANG VAN DE DEKKING

Een verzekerde heeft in het buitenland recht op:

A Bij ziekte/ ongeval van verzekerde

- een garantie op een rechtstreekse betaling van de verpleeg- en behandelingskosten aan de inrichting, waar verzekerde is opgenomen;
- zonodig een of meerdere voorschotbetalingen;
- vergoeding van de repatriëringkosten, uitsluitend na voorafgaand overleg met en goedkeuring door ANWB Alarmcentrale;
- ingeval van opname in een inrichting vergoeding van de reiskosten van een eenmalig bezoek door een gezinslid, indien repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan;
- toezending van medicijnen;
- vergoeding van noodzakelijke extra verblijfskosten van verzekerde, indien repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan.

B Bij overlijden van verzekerde

- vergoeding van de repatriëringkosten of
- vergoeding van begrafeniskosten/ crematiekosten in het buitenland, alsmede
- de kosten van overkomst van gezinsleden en wel tot een maximum bedrag van €2.500,--.

C Bij telefoon/ telex/ telegraaf en faxverkeer

De noodzakelijk gemaakte kosten van contact met de ANWB Alarmcentrale en/of derden tot een maximum van €250,-- per gebeurtenis.

D Kosten van opsporing en redding van verzekerden

Indien een verzekerde tijdens het verblijf in het buitenland in een noodsituatie belandt waardoor kosten voor opsporing en/of redding moeten worden gemaakt die voor rekening van verzekerde komen, bestaat recht op vergoeding van die kosten tot een maximum van €11.500,--.

Voorwaarden ABZ 051

DIENSTEN

Art. 20 DIENSTEN ALLIANZ NEDERLAND ZORGSERVICEBUREAU

Allianz Nederland ZorgServicebureau: van preventie tot nazorg

Gezond zijn en gezond blijven is het uitgangspunt van Allianz. Dat houdt in dat Allianz meer doet dan het uitbetalen van nota's. De verzekerde kan terecht bij het Allianz Nederland ZorgServicebureau voor bijvoorbeeld zorgbemiddeling, hulp in natura en informatie over gezondheid, ziekte, preventie en de gezondheidszorg. De verzekerde kan voor informatie en het aanvragen van onderstaande diensten contact opnemen met het Allianz Nederland ZorgServicebureau via het gratis telefoonnummer **0800 020 00 03**.

Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg

De verzekerde kan bij het Allianz Nederland ZorgServicebureau terecht voor algemene informatie over specifieke onderwerpen:

- De verzekerde kan telefonisch een arts en/of diëtiste raadplegen voor algemene informatie over ziektes, aandoeningen en voeding.
- De verzekerde kan informatiemateriaal aanvragen over onderwerpen met betrekking tot gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg.

Zorgbemiddeling

Op verzoek van de verzekerde en indien medisch geïndiceerd, onderneemt het Allianz Nederland ZorgServicebureau bemiddelende activiteiten om de wachttijd te verkorten.

Taxivervoer

Om een goede kwaliteit te kunnen garanderen aan haar verzekerden laat Allianz Nederland een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Indien de verzekerde hiervan gebruik wil maken kan contact worden opgenomen met dit taxibedrijf onder het telefoonnummer 0900 668 98 294.

Thuisverpleging

Thuisverpleging zoals genoemd in A.2 sub c kan door het Allianz Nederland Zorgservicebureau worden geregeld. Voor meer informatie en aanmelding kan de verzekerde contact opnemen met het Allianz Nederland Zorgservicebureau.

Kraampakket

Aanstaande moeders hebben recht op een kraampakket. Het kraampakket kan bij het Allianz Nederland ZorgServicebureau worden aangevraagd.

Kinderopvang bij ziekenhuisopname

Het Allianz Nederland ZorgServicebureau regelt, met inachtneming van de onderstaande voorwaarden, de kinderopvang in natura:

- de kinderopvang wordt geregeld door een door de verzekeraar gecontracteerde organisatie;
- de gecontracteerde organisatie verplicht zich een maximale inspanning te verrichten de kinderopvang te effectueren;
- de kinderopvang dient zo spoedig mogelijk doch uiterlijk de dag voor de opname te worden aangevraagd bij het Allianz Nederland ZorgServicebureau.

Voor meer informatie over kinderopvang kan de verzekerde contact opnemen met het Allianz Nederland ZorgServicebureau.

Het Allianz Nederland ZorgServicebureau is te bereiken tijdens kantooruren op het **gratis** telefoonnummer: **0800 020 00 03**

