

De Ruyterlaan 25
Postbus 75000
7500 KC Enschede

A63hr:843.0z12

Deze Pakketvoorwaarden vormen met de Algemene Verzekeringsvoorwaarden
Individuele Ziektekostenverzekeringen en de polis één geheel.

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

***Individuele
Ziektekostenverzekeringen***

Onderdeel van

 **Menzis**

2003

Op alle overeenkomsten voor ziektekostenverzekeringen zijn steeds van toepassing:

1 Polis

Dit bewijs vermeldt wie zijn verzekerd, welke Pakketvoorwaarden van toepassing zijn en welk bedrag aan premie en wettelijke bijdragen is verschuldigd.

Na elke wijziging in de verzekerdengegevens wordt een nieuw exemplaar toegezonden.

2 De Algemene Verzekeringsvoorwaarden

Hierin zijn de algemene regels van de verzekeringsovereenkomst aangegeven zoals begripsbepalingen, aanvang en einde van de verzekering, premiebetalingen, de grote lijnen van de vergoedingsregelingen, de uitsluitingen en de geschillenregeling.

3 De Pakketvoorwaarden

Hierin zijn naast enkele algemene bepalingen de meer gedetailleerde vergoedingsregelingen opgenomen, die veelal jaarlijks worden aangepast. Bij deze jaarlijkse aanpassingen wordt telkens een nieuw exemplaar van de Pakketvoorwaarden aan de verzekeringnemer toegezonden.

Artikelen

Art.1 **Begripsbepalingen**

In deze Verzekeringsvoorwaarden worden de volgende partijen onderscheiden:

Verzekeraar

De Onderlinge Waarborgmaatschappij Amicon Zorgverzekeraar Particulier U.A., statutair gevestigd in Wageningen, met wie de verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst is aangegaan.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

Verzekerde

Degene die als zodanig op de polis staat vermeld, daaronder begrepen de verzekeringnemer.

In deze Verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

1 Alternatieve (genees)middelen

Middelen, voorgeschreven door een arts in het kader van een alternatieve geneeswijze en geleverd door een in Nederland gevestigd apotheek of apotheekhoudend huisarts.

2 Alternatieve geneeswijzen

Indien en zover in de Pakketvoorwaarden een vergoeding is opgenomen voor de kosten van alternatieve geneeswijzen, komen deze kosten alleen voor vergoeding in aanmerking indien de behandelaar voldoet aan de voorwaarden zoals vermeld in de Pakketvoorwaarden.

3 Audiologisch centrum

Een door de daartoe bevoegde overheidsinstantie erkend centrum voor audiologische zorg.

4 Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

5 Bijkomende kosten

De medische kosten die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens de specialistische of kaakchirurgische behandeling (zoals kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, bestralingen, narcose en gebruik operatiekamer of polikliniek).

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

6 **Centrum voor tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen**

Een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

7 **Centrum voor erfelijkheidsonderzoek**

Een instelling die een vergunning heeft op grond van artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

8 **Dagbehandeling**

Behandeling die gedurende de dag of een gedeelte daarvan in een daarvoor door de bevoegde overheidsinstantie erkende inrichting plaatsvindt.

9 **Dagverpleging**

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

10 **Ergotherapeut**

Een in Nederland gevestigd en praktiserend ergotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit 'diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

11 **Farmaceutische zorg**

Omvat de aflevering van de volgende door - bij ministeriële regeling - aangewezen:

- geregistreerde geneesmiddelen, die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd;
- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, met uitzondering van geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1 van het Besluit homeopathische farmaceutische producten;
- bloedproducten als bedoeld in de Wet inzake Bloedtransfusie;
- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten;
- verbandmiddelen in geval van ernstige aandoening, waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

12 **Fysiotherapeut**

Een in Nederland gevestigd en praktiserend fysiotherapeut die als zodanig is geregistreerd conform de bepalingen van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

13 **Gezin**

De volgende op de polis vermelde personen:

- gehuwde personen dan wel twee personen die duurzaam samenwonen en

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

een gemeenschappelijke huishouding hebben, waarbij de duurzaamheid van samenwoning ter uitsluitende beoordeling staat van de verzekeraar;

- de ongehuwde eigen kinderen, stief-, pleeg-, en adoptiekinderen tot 27 jaar, mits voor die kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag, een uitkering krachtens de Wet Tegemoetkoming Onderwijsbijdrage en Schoolkosten (WTOS), Wet op de Studiefinanciering (WSF) of op persoonsgebonden aftrek wegens uitgaven voor levensonderhoud van kinderen ingevolge artikel 6.1 en afdeling 6.4 van de Wet Inkomstenbelasting 2001, jo. artikel 35 en 36 van de Uitvoeringsregeling inkomstenbelasting 2001.

14 **Gezinslid**

Onder gezinslid wordt verstaan:

- de verzekerde en zijn/haar medeverzekerde(n) ingevolge de Ziekenfondswet, particuliere ziektekostenverzekering van de verzekeraar of WTZ**;
- de zelfstandig bij de verzekeraar verzekerde (huwelijks)partner woonachtig op hetzelfde adres;
- de zelfstandig bij de verzekeraar verzekerde eigen, pleeg-, stief- en adoptiekinderen tot 27 jaar, mits voor deze kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag, een uitkering krachtens de Wet Tegemoetkoming Onderwijsbijdrage en Schoolkosten (WTOS) of voor zover zij in aanmerking komen voor de Wet op de Studiefinanciering (WSF) of op de persoonsgebonden aftrek wegens uitgave voor levensonderhoud van kinderen ingevolge artikel 6.1 en afdeling 6.4 van de Wet Inkomstenbelasting 2001, jo. artikel 35 en 36 van de Uitvoeringsregeling inkomstenbelasting 2001.

15 **Gezondheidszorgpsycholoog**

Een in Nederland gevestigd en praktiserend gezondheidszorgpsycholoog die als zodanig is geregistreerd conform de bepalingen van de Wet BIG.

16 **Heilgymnast-masseur**

Een in Nederland gevestigd en praktiserend heilgymnast-masseur die als zodanig is geregistreerd conform de bepalingen van de Wet BIG.

17 **Huidtherapeut (manuele lymfedrainage, camouflagebehandeling, epilatie, acné)**

Een in Nederland gevestigd en praktiserend huidtherapeut.

18 **Huisarts**

Een in Nederland in de woonplaats of in de verblijfplaats van de verzekerde of in de naaste omgeving daarvan gevestigd arts, die als huisarts is ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en die op de gebruikelijke wijze huisartsenzorg verleent, zowel ten huize van de verzekerde als op het spreekuur van de arts.

19 **Hulpmiddelen**

De hulpmiddelen die zijn opgenomen in de Regeling Hulpmiddelen Amicon.

** WTZ = Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

20 Kaakchirurg

Een in Nederland gevestigd en praktiserend tandarts-specialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

21 Kaakchirurgische behandeling

Behandeling of onderzoek volgens medische en tandheelkundige normen algemeen aanvaard en behorende tot het specialisme waarvoor de kaakchirurg is ingeschreven.

22 Kinderfysiotherapeut

Een in Nederland gevestigd en praktiserend fysiotherapeut die als zodanig is geregistreerd conform de bepalingen van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

23 Kraamverzorgende

Een in Nederland gevestigd en praktiserend kraamverzorgende die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

24 Kraamzorg

De zorg, verleend door een - door de bevoegde overheidsinstantie erkend kraamcentrum verbonden - (leerling)kraamverzorgende dan wel verpleegkundige, waarbij deze ten huize van de verzekerde moeder en kind verzorgt.

25 Logopedist

Een in Nederland gevestigd en praktiserend logopedist die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit 'diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

26 Manueel therapeut

Een in Nederland gevestigde en praktiserende fysiotherapeut, die als zodanig is geregistreerd conform de bepalingen van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

27 Medisch adviseur

De arts die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

28 Medische noodzaak

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

29 Mondhygiënist (parodontologische zorg)

Een in Nederland zelfstandig gevestigd en praktiserend mondhygiënist.

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

- 30 Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck**
Een in Nederland gevestigd en praktiserend oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit 'diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.
- 31 Ongeval**
Een tijdens de verzekeringsduur plotseling, onafhankelijk van de wil van de verzekerde, uitwendig onmiddellijk op de verzekerde inwerkend geweld, dat rechtstreeks en uitsluitend de oorzaak is van het letsel, mits de aard van het letsel objectief geneeskundig of tandheelkundig is vast te stellen.
- 32 Orthodontist**
Een in Nederland gevestigd en praktiserend tandarts die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.
- 33 Parodontoloog**
Een tandarts die gespecialiseerd is in de parodontologie en als zodanig in het bezit is van een certificaat van bekwaamheid afgegeven door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie.
- 34 Eerstelijns psycholoog (psychologie)**
Een in Nederland gevestigd en praktiserend psycholoog die als zodanig is geregistreerd bij het Nederlands Instituut van Psychologen.
- 35 Podotherapeut**
Een in Nederland gevestigd en praktiserend podotherapeut.
- 36 Revalidatie**
Onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een aan een - door de bevoegde overheidsinstantie erkende - instelling voor revalidatie verbonden multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist.
- 37 Schoonheidsspecialist (camouflagebehandeling, epilatie)**
Een in Nederland gevestigd, praktiserend en geregistreerd schoonheidsspecialist die is ingeschreven in het ANBOS-register (de Algemene Nederlandse Bond voor Schoonheidsspecialisten) voor de specialisatie camouflage of elektrisch ontharen.
- 38 Specialist**
Een in Nederland gevestigd en praktiserend arts die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

39 Specialistische behandeling

Behandeling of onderzoek, volgens medische normen algemeen aanvaard en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven.

40 Tandarts

Een in Nederland gevestigd en praktiserend tandarts die als zodanig is geregistreerd conform de bepalingen van de Wet BIG.

41 Tandprotheticus

Een in Nederland gevestigd en praktiserend tandprotheticus die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit 'opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

42 Tandtechnicus

Een in een tandtechnisch laboratorium werkende tandtechnicus die, in opdracht van tandartsen, hulpmiddelen vervaardigt of repareert die het gebit corrigeren, ondersteunen of vervangen.

43 Verloskundige

Een in Nederland gevestigd en praktiserend verloskundige die als zodanig is geregistreerd conform de bepalingen van de Wet BIG.

44 Verpleegkundige

Een in Nederland gevestigd en praktiserend verpleegkundige die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

45 Zelfstandig behandelcentrum

Een in Nederland gelegen centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

46 Ziekenhuis

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

47 Ziekenverzorgende

Een in Nederland gevestigd en praktiserend ziekenverzorgende die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

Art. 2 Grondslag van de verzekeringsovereenkomst

- 1 Het ingevulde en ondertekende aanvraag- of aanmeldingsformulier met de eventuele schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk verstrekt, vormen met de bij een eventuele keuring verstrekte gegevens de grondslag van de verzekering en maken daarvan deel uit.
- 2 De verzekeraar is generlei vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door hem te bepalen tijdstip te beëindigen, indien de mededelingen in het aanvraag- of aanmeldingsformulier dan wel de nadere gegevens in strijd met de waarheid waren of omstandigheden werden verzwegen, welke van dien aard zijn, dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien de verzekeraar daarvan op de hoogte was geweest.
- 3 De verzekeringsovereenkomst moet worden aangegaan en gehandhaafd voor alle leden van het gezin voor dezelfde verzekeringsvorm, tenzij een van de verzekerden een in de Pakketvoorwaarden vermelde leeftijd heeft bereikt. Deze verplichting geldt niet ten aanzien van de verzekerde verpleegklasse. Eveneens is deze verplichting niet van toepassing op gezinsleden:
 - a) voor zover en voor zolang zij verplicht ziekenfondsverzekerde zijn;
 - b) voor zover en voor zolang zij bij een publiekrechtelijke instelling verzekerd zijn;
 - c) voor zover het betreft eigen kinderen, adoptie-, stief- en pleegkinderen van 18 jaar en ouder;
 - d) voor zover enig lid van het gezin op grond van de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen een wettelijk geregelde verzekeringsovereenkomst heeft, dan wel hiervoor in aanmerking kan komen.
- 4 Op de verzekeringsovereenkomst zijn steeds van toepassing:
 - de polis;
 - de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen;
 - de Pakketvoorwaarden.

Art. 3 Inschrijving

- 1 Inschrijving is alleen mogelijk voor kandidaat-verzekerden en hun gezinsleden die een goede gezondheid genieten. Als de kandidaat-verzekerde bij aanmelding lijdende is of is geweest aan een ziekte of gebrek, zal de verzekeraar, gehoord zijn medisch adviseur, beslissen of de aangevraagde verzekeringsovereenkomst:
 - a) zal worden aangegaan;
 - b) zal worden aangegaan onder bepaalde bijzondere voorwaarden;
 - c) zal worden afgewezen.De kandidaat-verzekerde ontvangt hiervan schriftelijk bericht.

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

- 2 Inschrijving geschiedt met inachtneming van de leeftijdsgrenzen, vermeld in de Pakketvoorwaarden.

Art. 4 Uitzonderingen met betrekking tot inschrijving

- 1 Het bepaalde in artikel 3 lid 1 is niet van toepassing op:
 - a) kinderen van de verzekeringnemer, geboren tijdens de duur van deze verzekeringsovereenkomst en binnen een maand na hun geboorte aangemeld. De verzekeringsovereenkomst is van de geboorte af van kracht, ongeacht eventuele aangeboren ziekten of afwijkingen, mits alle daarvoor in aanmerking komende kinderen, uitgezonderd de in artikel 2, lid 3 vermelde kinderen, bij de verzekeraar zijn meeverzekerd.
Met geboorte wordt in dit verband gelijk gesteld het opnemen van pleeg-, stief- en adoptiekinderen in het gezin van de deelnemer;
 - b) kinderen van de verzekeringnemer, van wie de verzekeringsovereenkomst bij de verzekeraar eindigt door het bereiken van de in de Pakketvoorwaarden vermelde leeftijdsgrens en die zelf als deelnemer een verzekeringsovereenkomst sluiten tot maximaal de rechten waarop in de eerdere verzekeringsovereenkomst aanspraak kon worden gemaakt. De aanmelding moet geschieden binnen een maand na beëindiging van de eerdere verzekeringsovereenkomst;
 - c) gezinsleden van de verzekeringnemer die hun verzekeringsovereenkomst bij een ziekenfonds op grond van wettelijke voorschriften hebben moeten beëindigen en worden bijgeschreven op dezelfde polis.
- 2 Indien bij het aangaan van een verzekeringsovereenkomst zwangerschap bestaat, vindt vergoeding van de kosten van een ziekenhuisopname, verband houdende met deze zwangerschap, plaats op basis van de 3^e klasse.

Art. 5 Aanvang en duur van de verzekeringsovereenkomst

- 1 De verzekeringsovereenkomst vangt aan op de datum welke als zodanig door de verzekeraar op de polis is vermeld en wanneer de eerste premiebetaling door de verzekeraar is ontvangen.
- 2
 - a) De verzekeringsovereenkomst wordt aangegaan voor onbepaalde tijd, doch ten minste voor de duur van een volledig kalenderjaar.
 - b) Verzekeringsovereenkomsten aangevangen in de loop van een kalenderjaar worden ten minste aangegaan voor de duur van dat jaar en het daaropvolgende kalenderjaar.

Art. 6 Wijziging van gezins-, persoons- en adresgegevens

- 1 De verzekeringnemer is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het gezin en iedere andere verandering die invloed heeft op de rechten en plichten uit deze verzekeringsovereenkomst ten spoedigste, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de verzekeraar mede te delen.

Zodanige wijzigingen zijn onder meer:

- het van kracht worden van een verzekeringsovereenkomst ingevolge de Ziekenfondswet of enig andere publiekrechtelijke regeling;
- verhuizing;
- huwelijk;
- echtscheiding;
- samenwoning;
- geboorte;
- overlijden.

Door het nalaten van het hierboven bepaalde vervalt het recht op terugvordering van premie. Indien de premie nog niet is voldaan, blijft het bedrag verschuldigd.

- 2 De verzekeringnemer moet er op toezien dat op de polis de noodzakelijke wijzigingen worden aangebracht. Alle gevolgen voortvloeiende uit het niet of niet tijdig nakomen van deze verplichting zijn voor rekening en risico van de verzekeringnemer.
- 3 Ten aanzien van alle onderwerpen worden kennisgevingen van de verzekeraar aan het laatste door of namens de verzekeringnemer medegedeeld adres geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
- 4 Bij aanvraag van een verzekering vraagt de verzekeraar om persoonsgegevens. Deze gegevens worden gebruikt voor het accepteren van de aanvraag, het uitvoeren van wettelijke regelingen of een verzekeringsovereenkomst. Verzekeraar gebruikt deze gegevens tevens voor overige activiteiten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering, zoals fraudepreventie of om verzekerden te informeren over relevante producten of diensten. Op deze gegevens zijn de Wet Bescherming Persoonsgegevens en de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf van toepassing. Voor meer informatie kan verzekerde zich wenden tot de Amicon-winkels of Amicon-bussen, de website www.amicon.nl bezoeken of contact opnemen met de afdeling Klantenservice (053 - 485 31 00).

Art. 7 Uitbreiding van de omvang van de verzekering

Wanneer de verzekeringnemer verzoekt tot uitbreiding van de omvang van de verzekering, verlaging van een eigen risico en verhoging van de verzekerde klasse daaronder begrepen, zijn artikel 2, artikel 3 lid 2 en artikel 5 van overeenkomstige

toepassing, tenzij anders is vermeld in de Pakketvoorwaarden. De gewijzigde verzekering gaat in per 1 januari van enig jaar.

Art. 8 Premiebetaling

- 1 De premie is een maandpremie en is bij vooruitbetaling verschuldigd. Bij tussentijdse beëindiging van de verzekeringsovereenkomst wordt de premie niet gerestitueerd, behoudens in geval van het totstandkomen van een wettelijke verzekeringsovereenkomst en bij overlijden.
De premie moet aan de verzekeraar worden voldaan voor de eerste keer bij de aanvang van de verzekeringsovereenkomst en wel in haar geheel voor alle op de polis vermelde premieplichtige verzekerden.
De premie kan ook worden voldaan in door de verzekeraar te bepalen termijnen in welk geval de betaling voor de eerste dag van elke betalingstermijn moet geschieden.
- 2 Indien de premie niet binnen 30 dagen na de vervaldag is voldaan, vervalt zonder enige ingebrekestelling het recht op vergoeding krachtens deze verzekeringsovereenkomst vanaf de eerste dag dat de premie verschuldigd was. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen en is vanaf de vervaldag aan de verzekeraar de wettelijke rente verschuldigd over de opeisbaar geworden en wordende premies vanaf de respectievelijke vervaldagen.
- 3 Het recht op vergoeding wordt weer van kracht op de dag, volgend op die, waarop de verschuldigde premie met rente en incassokosten door de verzekeraar is ontvangen. Voor medische kosten, waartoe de noodzaak of de verwachting om die te maken zich geopenbaard heeft in de periode waarin het recht op vergoeding was vervallen, bestaat geen recht op vergoeding.
- 4 Bij niet of niet tijdige betaling van de premie heeft de verzekeraar het recht de verzekeringsovereenkomst op een door hem te bepalen tijdstip te beëindigen.
- 5 Indien de verzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering met betrekking tot achterstallige premie, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, alsmede de administratiekosten en de wettelijke rente, voor rekening van de verzekeringnemer. De buitengerechtelijke kosten zijn ten minste 15% van het te vorderen bedrag.
- 6 In alle gevallen van inschrijving, wijziging of beëindiging van de verzekeringsovereenkomst zal de premieberekening plaatsvinden met inachtneming van het navolgende:
 - a) indien de hiervoor aangegeven omstandigheid voor de 16^e van enige maand plaatsvindt, wordt dit geacht plaatsgevonden te hebben per de 1^e van de desbetreffende maand;

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

- b) indien de hiervoor aangegeven omstandigheid op of na de 16^e van enige maand plaatsvindt, wordt dit geacht te hebben plaatsgevonden per de 1^e van de volgende maand;
 - c) ongeacht het onder a en b vermelde wordt minimaal eenmaal de maandpremie in rekening gebracht.
- 7 Verzekerde is niet bevoegd de te betalen premie te verrekenen met de van verzekeraar te vorderen vergoedingen.
- 8 Als de verzekeringnemer een vordering als gevolg van een verrekening van het eigen risico of de eigen bijdrage en/of handmatige correctie niet binnen 30 dagen na vervalddag betaalt, vervalt zonder enige ingebrekestelling het recht op vergoeding vanaf de eerste dag dat de vordering verschuldigd was.

Art. 9 Omvang van de verzekeringsovereenkomst

- 1 De onderdelen van een verzekeringsovereenkomst en de hoogte van de daarbij behorende vergoedingen zijn omschreven in de Pakketvoorwaarden en op de polis, welke samen met deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden één geheel vormen. Indien in de Pakketvoorwaarden geen vergoeding is beschreven dan wel een beperktere vergoeding is omschreven dan in de Algemene Verzekeringsvoorwaarden is opgenomen, missen de in de Algemene Verzekeringsvoorwaarden omschreven vergoedingen toepassing.
- 2 Indien en zolang naar het oordeel van de verzekeraar daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt de verzekeraar de kosten van de hierna genoemde medische behandelingen op basis van het door of namens de verzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien geen tarief is overeengekomen vergoedt de verzekeraar genoemde kosten op basis van het alsdan rechtsgeldige tarief.
- 3 Indien en voor zover de verzekeraar meer vergoedt dan waartoe zij krachtens het bovenstaande is gehouden, wordt verzekeringnemer geacht - bij het sluiten van de verzekeringsovereenkomst - aan de verzekeraar te hebben verleend, een volmacht tot incasso op naam van de verzekeraar om het in eerste instantie door of namens verzekeringnemer of verzekerde aan de verlener van de medische behandelingen teveel betaalde van deze als zijnde onverschuldigd betaald terug te vorderen.
- 4 Indien - zo de in deze voorwaarden bedoelde verzekering niet bestond - door de verzekerde aanspraak zou kunnen worden gemaakt op verstrekkingen, vergoeding van kosten respectievelijk schaden op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, respectievelijk op grond van enige wet, enige overeenkomst of enige andere voorziening, is de in deze voorwaarden bedoelde verzekering eerst in de laatste plaats geldig. In zo'n geval is de verzekeraar alleen gehouden tot verstrekkingen en vergoeding van kosten waarop de verzekerde elders geen aanspraak zou kunnen doen gelden.

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

- 5 Verzekerde heeft geen aanspraak op vergoeding van kosten of verstrekkingen indien de verzekerde een onware opgave doet en/of een verkeerde voorstelling van zaken geeft. In dat geval vervalt het recht op uitkering voor de gehele vordering, ook voor die onderdelen waarbij geen onware opgave is gedaan en/of verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

Art. 10 Ziekenhuisopname

Verzekeraar vergoedt:

- 1 De kosten van verpleging gedurende langer dan 24 uur in de verzekerde verpleegklasse, specialistische of kaakchirurgische zorg en de bijkomende kosten, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een specialist of kaakchirurg noodzakelijk moet zijn.
- 2
 - a) Bij een opname in een hogere dan de verzekerde verpleegklasse wordt vergoeding verleend op basis van het tarief in de verzekerde klasse. Wordt een klasse 2b-verzekerde opgenomen in een ziekenhuis met één 2^e klasse, dan vindt volledige vergoeding plaats volgens de tarieven van die ene 2^e klasse;
 - b) Indien de verzekerde wordt verpleegd in een klasse, lager dan de verzekerde klasse, vergoedt de verzekeraar een bedrag van € 25,- per verpleegdag tot een maximum van 30 verpleegdagen per kalenderjaar.
- 3 Vergoed worden de kosten van: huid-, hoornvlies-, beenmerg-, bot-, nier-, hart-, hartlong-, nierpancreastransplantaties en transplantaties van de lever die gepaard gaan met verwijdering van de eigen lever van de ontvanger (orthotope levertransplantaties), alsmede de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door Eurotransplant. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend na voorafgaande toestemming van de verzekeraar. De kosten van transplantaties van andere organen worden niet vergoed.
Vergoed worden voorts de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse, waarvoor de donor is verzekerd. Een donor heeft bovendien recht op medische behandeling gedurende ten hoogste 3 maanden na datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met de betreffende onder de vergoeding vallende orgaantransplantatie.
- 4 Indien zich tijdens een ziekenhuisopname om niet-medische redenen complicaties voordoen, waardoor medische gronden als genoemd in lid 1 van dit artikel ontstaan, vindt vergoeding slechts plaats vanaf de eerste dag, waarop de medische noodzaak door de verzekeraar is erkend.
- 5 Indien verzekerden zich niet gedragen naar de regels van het ziekenhuis waarin zij zijn opgenomen of zich schuldig maken aan misdragingen en als gevolg daar-

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

van het ziekenhuis moeten verlaten en/of zich onttrekken aan geneeskundige behandeling, waardoor de duur van de opname wordt verlengd of hernieuwde opname noodzakelijk wordt, bestaat geen aanspraak op vergoeding. Deze verzekerden worden geacht de volle verpleegduur voor het betreffende ziektegeval te hebben genoten.

- 6 Verzekerde is verplicht:
 - a) van een ziekenhuisopname zo spoedig mogelijk schriftelijk kennis te geven aan de verzekeraar, spoedopnames dienen binnen 3 dagen na opname schriftelijk ter kennis van de verzekeraar te worden gebracht;
 - b) de behandelend huisarts of specialist te machtigen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur;
 - c) aan de verzekeraar, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie.
- 7 Ziekenhuisopname dient in de regel plaats te vinden in de woonplaats van de verzekerde of in de naaste omgeving ervan.

Art. 11 *Dagbehandeling*

Verzekeraar vergoedt:

- 1 De met dagverpleging verband houdende kosten van verpleging, de bijkomende kosten en het honorarium van de specialist.
- 2 De kosten van nierdialyse, zowel in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch), een erkend dialysecentrum, als bij de verzekerde thuis worden vergoed. Bij thuisdialyse vindt ook vergoeding plaats van bepaalde niet-medische kosten, overeenkomstig de regeling die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, indien en voor zover de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek tevoren toestemming heeft gegeven, bij welke toestemming nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

Art. 12 *Niet-klinische specialistische behandeling*

Verzekeraar vergoedt de volgende kosten:

- 1 Het honorarium van een specialist of kaakchirurg voor een behandeling die niet gepaard gaat met een opname of dagverpleging, maar plaatsvindt in een ziekenhuis, huispraktijk van een medisch specialist of zelfstandig behandelcentrum.
- 2 De bijkomende kosten.

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

- 3 Kosten voor laboratoriumonderzoeken op advies van de huisarts en in rekening gebracht door een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of erkend laboratorium.
- 4 Kosten voor het raadplegen van een andere specialist (second opinion), indien de behandelend specialist een ingrijpende medische behandeling heeft voorgesteld dan wel indien twijfels zijn gerezen omtrent de interpretatie van medische bevindingen.
- 5 De behandeling dient in de regel plaats te vinden in de woonplaats van de verzekerde of in de naaste omgeving ervan.

Art. 13 Plastische chirurgie

- 1 Plastische en/of reconstructieve chirurgische verrichtingen waarbij de aanleiding voortvloeit uit verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte, dan wel van bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijkingen.
- 2 Voorafgaande toestemming van de verzekeraar is vereist, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.
- 3 De kosten voor vormverbeterende operaties van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, komen niet voor vergoeding in aanmerking tenzij anders in de Pakketvoorwaarden vermeld.
- 4 Risico's voortvloeiend uit vormverbeterende operaties, zoals onder lid 1 van dit artikel omschreven, komen eveneens niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5 Plastische chirurgie, ten gevolge van een eerder zonder medische noodzaak uitgevoerde vormverbeterende operatie voortvloeiende uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, komt alleen voor vergoeding in aanmerking, indien en voor zover dit medisch noodzakelijk wordt geacht door de medisch adviseur van verzekeraar.

Art. 14 Revalidatie

- 1 De zorg dient voor verzekerde als meest doeltreffend te zijn aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat. De verzekerde is met de verleende zorg in staat een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die gegeven diens beperkingen redelijkerwijs mogelijk is.

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

- 2 Revalidatie kan plaatsvinden
 - a) in een klinische situatie (opname). Op vergoeding van kosten, die gepaard gaan met meerdaagse opname, bestaat slechts aanspraak indien daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
 - b) in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling). Eén en ander altijd in een omgeving waar zowel de outillage als de deskundigen de waarborg vormen.
- 3 Voorafgaande toestemming van de verzekeraar is vereist. De aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Dit behandelplan dient ten minste te omvatten, de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

Art. 15 Audiologische zorg

Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met de gestoorde gehoorfunctie. De zorg dient te worden verleend door een audiologisch centrum op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

Art. 16 Erfelijkheidsonderzoek

Zorg in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadviesing en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens onderzoeken bij andere personen dan verzekerde omvatten; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden.

Art. 17 Ziekenvervoer

- 1 Medisch noodzakelijk ziekenvervoer in Nederland - indien openbaar vervoer om medische redenen niet verantwoord is - bij opname in en ontslag uit een ziekenhuis of kraaminrichting, alsmede naar en van de plaats waar de behandelend specialist praktijk uitoefent.

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

Medisch noodzakelijk ziekenvervoer kan voorts ook betrekking hebben op vervoer naar en van een:

- orthopedisch instrumentmaker voor het aanpassen van een prothese;
- revalidatiecentrum;
- audiologisch centrum;
- niet-klinisch werkzame psychiater of zenuwarts, dan wel een psychiatrische polikliniek of instelling voor psychiatrische deeltijdbehandeling.

De kosten dienen verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van de verzekeraar komen.

- 2 Vervoer na een ongeval zonder dat direct een opname behoeft te volgen mits het vervoer betreft naar een ziekenhuis, van dat ziekenhuis naar een ander ziekenhuis waar de verzekerde uiteindelijk wordt opgenomen of van dat ziekenhuis naar de woonplaats van verzekerde.
- 3 Vergoeding van de kosten vindt slechts plaats wanneer met de nota een verklaring van de behandelend arts wordt overgelegd, waaruit blijkt dat openbaar vervoer om medische redenen niet verantwoord werd geacht.

Art. 18 **Bevalling en kraamzorg**

Voor vrouwelijke verzekerden geldt ter zake van bevalling en kraamzorg de navolgende regeling:

- 1 **Bevalling in een ziekenhuis met medische noodzaak**
Volledige vergoeding van verpleeg- en bijkomende kosten.
- 2 **Bevalling in een ziekenhuis zonder medische noodzaak, kraaminrichting, polikliniek of thuis**
Vergoed worden:
 - a) de verpleeg- en bijkomende kosten van het ziekenhuis of de kraaminrichting tot maximaal € 165,- per dag;
 - b) het honorarium van de verloskundige zorg;
 - c) de kosten van gebruik van de polikliniek.

- 3 **Kraamzorg**
Voor kraamzorg thuis of in het Zotel (Zorghotel bij het Streekziekenhuis Midden-Twente in Hengelo) kan, via de door Amicon gecontracteerde kraam- en thuiszorgorganisaties, aanspraak gemaakt worden op de Amicon Kraamzorgservice. Bij gebruik van deze regeling moet dit uiterlijk de 20^e week van de zwangerschap via de Amicon Servicelijn Kraamzorg kenbaar gemaakt worden via het telefoonnummer 0900 - 202 50 03.

De vergoeding voor dit onderdeel geldt voor ten hoogste 64 uur kraamzorg thuis of in het Zotel. Indien moeder en kind in het ziekenhuis verblijven, wordt het aantal uren kraamzorg thuis verminderd met 8 uur voor iedere dag van verblijf in het ziekenhuis.

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

In plaats van de Amicon Kraamzorgservice kan ook worden gekozen voor een uitkering ineens van € 1.200,-. De verzekerde dient na de bevalling een verzoek tot uitbetaling bij de verzekeraar in. In combinatie met verblijf in het ziekenhuis of kraaminrichting (poliklinisch of klinisch) wordt voor iedere dag van verblijf € 150,- in mindering gebracht op deze uitkering.

Zolang de moeder medisch noodzakelijk in het ziekenhuis moet verblijven, worden ook de verpleegkosten van de baby vergoed, mits de baby bij de verzekeraar verzekerd is. Indien de baby medisch noodzakelijk in het ziekenhuis moet verblijven, worden de kosten vergoed van de opname van de moeder, mits de moeder bij de verzekeraar verzekerd is.

Art. 19 Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie en podotherapie

- 1 Behandeling - op voorschrift van de huisarts of specialist - door een fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck en Cesar, logopedist of podotherapeut, als bedoeld in het Fysiotherapeuten Besluit, de Besluiten oefentherapeuten Mensendieck en Cesar, het Logopedisten Besluit, het Podotherapeuten Besluit, alsmede manuele therapie en kinderfysiotherapie door een fysiotherapeut en behandeling door een heilgymnast-masseur.
- 2 Onder fysiotherapie wordt onder meer niet verstaan: zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie en conditieverbetering.
- 3 Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan: behandeling van dyslexie (tenzij sprake is van logopedische problemen van medische aard) en van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect en anderstaligen.

Art. 20 Huisartsenzorg

- 1 De kosten van consulten, visites en behandelingen door de huisarts.
- 2 Geen vergoeding wordt gegeven voor huisartsenzorg tijdens een ziekenhuisopname en voor controle van gezonde zuigelingen en kleuters.

Art. 21 Farmaceutische zorg

- 1 De kosten van farmaceutische zorg overeenkomstig de Regeling Farmaceutische Zorg Zorgverzekeraars Nederland, mits afgeleverd op voorschrift van een arts, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige en door een apotheek of apotheekhoudend huisarts. Een geneesmiddel dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, wordt vergoed. De Regeling Farmaceutische

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

Zorg Zorgverzekeraars Nederland maakt deel uit van deze verzekering en is op aanvraag verkrijgbaar.

- 2 Per voorschrift/recept worden de geneesmiddelen maximaal vergoed voor een periode van:
 - 15 dagen, indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
 - een halfjaar, indien het orale anticonceptiva betreft;
 - 3 maanden, indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, waaronder insuline (met uitzondering van hypnotica, anxiolytica of eetlustremmende geneesmiddelen);
 - 15 dagen, indien het een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica betreft;
 - een maand in overige gevallen.
- 3 De kosten van dieetpreparaten worden vergoed, overeenkomstig de Regeling Dieetpreparaten Zorgverzekeraars Nederland. Voorafgaande toestemming van de verzekeraar is vereist. Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige 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.
- 4 Verbandmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.

Art. 22 Hulpmiddelen

- 1 De kosten van aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen (in eenvoudige uitvoering) voorgeschreven door de behandelend arts, worden overeenkomstig de Regeling Hulpmiddelen Amicon vergoed. De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn. Eén en ander ter beoordeling door de verzekeraar.
- 2 Voorafgaande toestemming van de verzekeraar is vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.
- 3 De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij anders vermeld in de Pakketvoorwaarden, voor rekening van de verzekerde.

Art. 23 Alternatieve geneeswijzen en geneesmiddelen

- 1 Vergoeding wordt verleend conform de in de pakketvoorwaarden vermelde regeling.
- 2 De kosten van door de overheid geregistreerde alternatieve geneesmiddelen die overeenkomstig de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG) geleverd mogen worden en die op voorschrift van een in Nederland gevestigde arts zijn geleverd door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudende huisarts worden vergoed tot het in de Pakketvoorwaarden vermelde maximum en onder de daarin gestelde voorwaarden.

Art. 24 Camouflagetherapie

Op verwijzing van de huisarts of behandelend specialist bestaat recht op vergoeding van de kosten van behandelingen, met betrekking tot aandoeningen in het gezicht en in de hals door een geregistreerd schoonheidsspecialist of een huidtherapeut die voldoen aan de in artikel 1 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen genoemde eisen.

Art. 25 Lymfoedeemtherapie

Er bestaat recht op vergoeding na voorafgaande toestemming van de verzekeraar voor lymfoedeemtherapie.

Art. 26 Epilatie

Verzekeraar vergoedt op verwijzing door huisarts of specialist de kosten van het verwijderen van abnormale haargroei in de hals en het gelaat door middel van elektrische epilatie of door middel van laserbehandeling.

Verzekeraar gaat alleen dan tot vergoeding van de kosten van elektrische epilatie over indien de consulten of behandelingen worden uitgevoerd door een schoonheidsspecialist of een huidtherapeut die voldoen aan de in artikel 1 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen genoemde eisen.

Art. 27 Tandheelkundige zorg

- 1 Vergoeding van de kosten van consulten en behandelingen door een tandarts of een dienst voor jeugd tandverzorging, waaronder begrepen de door deze in rekening gebrachte techniekkosten.

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

Indien door een lichamelijke en/of verstandelijke handicap een langere dan de normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, is de vergoedingsregeling, als hiervoor vermeld, niet van toepassing. Na vooraf verleende toestemming door de verzekeraar worden de kosten vergoed.

Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend voor personen met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Het aanvraagformulier voor de machtiging wordt op verzoek door de verzekeraar verstrekt.

Voor de vergoeding van de kosten van orthodontie geldt het onder artikel 29 bepaalde.

- 2 Na voorafgaande toestemming van de verzekeraar wordt vergoeding verleend voor tandheelkundige implantaten, ingebracht door de kaakchirurg of tandarts. De vergoeding betreft het honorarium van de kaakchirurg, de kosten van de operatiekamer en eventuele ziekenhuisopname. Er dient sprake te zijn van een zeer ernstige resorptie (slinking) van de tandeloze (edentate) kaak, waarvoor op geen enkele andere wijze meer een goed passende prothese te maken is. Eén en ander ter beoordeling door de verzekeraar.
- 3 Nadere regelingen ten aanzien van leeftijd van de verzekerde, de behandeling en de hoogte van de vergoedingen zijn vermeld in de Pakketvoorwaarden.
- 4 De behandelend tandarts dient de verrichtingen te specificeren op het daarvoor door de organisaties van tandartsen en particuliere verzekeraars vastgestelde formulier, dan wel op de declaratie (nota).

Art. 28 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

Tandheelkundige behandeling in gevallen waar een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Het recht op vergoeding bij deze ernstige afwijkingen, die behandeling in een daartoe erkend centrum vereisen, is vastgelegd in de regeling die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Voorafgaande toestemming van de verzekeraar is vereist. Aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden verbonden worden.

Art. 29 Orthodontie

- 1 Kaakorthopedische consulten en behandelingen door een orthodontist op advies van de huisarts of tandarts in geval van:
 - a) een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of kaak en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnato- en/of palatoschisis);

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

- b) een kaakorthopedische afwijking in boven- en/of onderkaak die uitsluitend door middel van een chirurgische behandeling (osteotomie) gecorrigeerd behoort te worden;
 - c) een kaakorthopedische voor- of nabehandeling bij een afwijking als bedoeld onder lid 1 sub b van dit artikel.
- 2 Vergoeding van de kosten voor de in lid 1 van dit artikel bedoelde behandelingen vindt uitsluitend plaats indien en voor zover de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek tevoren toestemming heeft gegeven, bij welke toestemming nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.
 - 3 De kosten van overige kaakorthopedische behandelingen, verricht door een orthodontist of een tandarts.
 - 4 Nadere regelingen ten aanzien van de leeftijd van de verzekerde, de behandelingen en de hoogte van de vergoedingen zijn vermeld in de Pakketvoorwaarden.

Art. 30 Buitenland

- 1 De verzekeringsovereenkomst blijft van kracht bij tijdelijk verblijf in het buitenland gedurende ten hoogste 12 maanden, gerekend vanaf de dag van vertrek uit Nederland. Indien en voor zover de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek tevoren toestemming heeft gegeven kan de verzekeringsovereenkomst ook van kracht blijven voor een verblijf in het buitenland van langer dan 12 maanden. Daarbij kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.
- 2 Vergoed worden de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis of de dichtstbijzijnde specialist, alsmede medisch noodzakelijke repatriëring.
- 3 Vergoeding van in het buitenland gemaakte medische kosten, welke op grond van de verzekeringsovereenkomst en de daarbij behorende Pakketvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen, geschiedt op basis van behoorlijk gespecificeerde originele rekeningen en de daarop betrekking hebbende betalingsbewijzen.
- 4 Van een ziekenhuisopname dient zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 10 dagen, schriftelijk kennis te worden gegeven aan de verzekeraar. De behandelend arts of specialist dient de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur. De vergoeding blijft beperkt tot maximaal 365 verpleegdagen per ziektegeval. Onder ziektegeval wordt verstaan: iedere ononderbroken behoefte aan medische behandeling, voortgekomen uit dezelfde ziekteoorzaak of hetzelfde ongeval.

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

- 5 Geen aanspraak op vergoeding bestaat voor de kosten verband houdend met een opname en/of medische behandeling die uitsluitend of mede het doel vormde van een verblijf in het buitenland (niet zijnde een lidstaat van de Europese Unie).
- 6 De vergoeding van de verzekerde kosten geschiedt in Nederland in Nederlands wettig betaalmiddel, met inachtneming van de omrekeningskoers op de dag waarop de desbetreffende rekeningen door de verzekeraar zijn ontvangen.
- 7 Spoedeisende, medisch noodzakelijke farmaceutische zorg komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking, indien daar een recept van de behandelend arts aan ten grondslag ligt.

Art. 31 Fertiliteitbevorderende behandelingen

De kosten van operatieve ingrepen, hormoonbehandeling en van kunstmatige inseminatie worden vergoed. Daarnaast kan na voorafgaande toestemming door de verzekeraar een tegemoetkoming in de kosten gegeven worden voor een in-vitrofertilisatie (IVF) of ICSI-behandeling in een vergunninghoudend ziekenhuis. Er dient daarbij sprake te zijn van een alom geaccepteerde medische indicatie. Bij de toestemming vooraf kan de verzekeraar nadere voorwaarden stellen.

Art. 32 Preventie

Kosten van onderzoek of behandeling door de huisarts of specialist voor:

- onderzoek van hart- en bloedvaten;
- baarmoederhalskanker- (uitstrijkje) en borstkankeronderzoek;
- antigriep-inentingen en inentingen tegen hondsdolheid en rode hond;
- inentingen van pasgeborenen tegen hepatitis-B, indien de moeder draagster is van dat virus.

Art. 33 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt:

- 1 voor een behandeling die verband houdt met een ziekte of een afwijking die reeds vóór of bij het tot stand komen van de verzekeringsovereenkomst bestond terwijl de verzekeringnemer of de verzekerde daarvan op dat tijdstip kennis droeg of klachten ondervond. Het hiervoor bepaalde is (voor het verhoogde risico) eveneens van toepassing bij een uitbreiding van de verzekeringsovereenkomst of verhoging van de verzekerde klasse op verzoek van verzekerde. Het bovenstaande is niet van toepassing indien de verzekeraar van die ziekte, afwijking of klachten schriftelijk op de hoogte is gebracht en bij het aanvaarden van de verzekeringsovereenkomst geen bijzondere voorwaarden heeft bedongen;

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

- 2 bij ongevallen ten gevolge van het beoefenen van beroeps- of semi-beroepssport en sporten die niet gangbaar zijn onder de gemiddelde recreatieve sportbeoefenaar;
- 3 voor kosten van ziekenvervoer:
 - a) vanaf booreilanden, platforms, schepen etc. naar de vaste wal;
 - b) verband houdend met weekend-, vakantieverlof en/of resocialisatie;
- 4 voor de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek, behalve die welke in de Pakketvoorwaarden zijn vermeld;
- 5 voor consulten/behandelingen door een psycholoog, tenzij anders bepaald in de Pakketvoorwaarden;
- 6 voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij. Eén en ander overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponeed;
- 7
 - a) voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
 - b) de uitsluiting onder lid a geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning 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);
 - c) voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt lid b geen toepassing;
- 8 voor behandelingen met niet-geregistreerde geneesmiddelen;
- 9 voor onderzoeken of behandelingen in het kader van algemene preventie zoals verricht door consultatie- en adviesbureaus, bevolkingsonderzoeken en periodieke algemene onderzoeken ter beoordeling van de gezondheidstoestand, voor zover deze verder gaan dan de in artikel 32 omschreven behandelingen;
- 10 voor orgaantransplantaties, die zich naar het oordeel van de verzekeraar nog in een experimenteel stadium bevinden;
- 11 ter zake van ziekte of ongeval die het gevolg zijn van opzet of grove schuld van de verzekerde of van een misdrijf, waaraan verzekerde heeft deelgenomen;

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

- 12 voor onderzoeken en/of behandelingen, die naar algemeen medische opvatting niet behoren tot de praktijkuitoefening van een specialist of een huisarts;
- 13 voor het ongedaan maken van de gevolgen van een kunstmatig verkregen steriliteit;
- 14 voor kosten veroorzaakt door niet contant en niet tijdig betalen van medische kosten;
- 15 voor alle fertiliteitbevorderende behandelingen, uitgezonderd de in artikel 31 genoemde;
- 16 voor vaccinaties, uitgezonderd de in artikel 32 genoemde, keuringen en attesten.

Art. 34 Aansprakelijkheid van derden

- 1 Indien naar het oordeel van de verzekeraar een derde aansprakelijk is voor het veroorzaken van een feit, dat aanleiding geeft tot het verlenen van een vergoeding uit de verzekering, is verzekerde verplicht ten genoegen van de verzekeraar alle inlichtingen te verstrekken en kosteloos alle medewerking te verlenen welke kan strekken tot verhaal van de geleden schade.
- 2 Steeds wanneer een derde bij een aan verzekerde overkomen ongeval is betrokken, dient onmiddellijk aangifte van het ongeval te geschieden bij de betreffende overheidsinstantie en bij de verzekeraar.
- 3 De verzekerde is verplicht de verzekeraar schriftelijk op de hoogte te stellen van de inhoud van de definitieve regeling die hij/zij met een derde of diens verzekeringsmaatschappij heeft getroffen. In geen geval mag zonder schriftelijke machtiging van de verzekeraar met die derde of diens verzekeringsmaatschappij enigerlei regeling worden getroffen.
- 4 Bij niet voldoen aan het bepaalde in dit artikel vervallen de aanspraken van verzekerde jegens de verzekering, indien en voor zover zij samenhangen met c.q. voortvloeien uit het ongeval.

Art. 35 Regeling van vergoedingen

- 1 De originele nota's, die op zodanige wijze gespecificeerd dienen te zijn dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden, moeten binnen 2 jaar na het ontstaan van de kosten bij de verzekeraar ingediend zijn. Computernota's dienen door de zorgverlener gewaarmerkt te zijn.

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

- 2 Kosten van medische behandelingen waarvoor aanspraak op vergoeding bestaat worden toegerekend aan het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden.
- 3 Wanneer de verzekerde niet binnen een maand na de dag van betaling bezwaar maakt tegen de door de verzekeraar vastgestelde vergoeding, wordt aangenomen, dat deze met de vergoeding onvoorwaardelijk akkoord gaat.
- 4 Ingeval de verzekeraar voor een ziekenhuisopname een garantieverklaring heeft afgegeven, geschiedt betaling van de daarmee gepaard gaande kosten als regel aan het ziekenhuis.
- 5 Betalingen ter zake van alle overige medische zorg geschieden als regel aan de verzekerde. Indien aan de verzekerde wordt betaald, kan dit uitsluitend geschieden door overschrijving op de bank- of girorekening van de verzekerde.
- 6 Een vergoeding bedraagt nooit meer dan de werkelijk gemaakte kosten.
- 7 Verzekeraar is bevoegd de vergoeding(en) van kosten te verrekenen met de vordering(en) wegens niet-betaling van premie en/of een verschuldigd bedrag als bedoeld in artikel 8.
- 8 Ingeval door de verzekeraar rechtstreeks de (volledige) kosten zijn vergoed aan een zorgaanbieder of hulpverlenende instelling terwijl op dat onderdeel van de risicodekking (nog) een eigen bijdrage of een eigen risico van toepassing is, zal de verzekeraar aan verzekerde het verschuldigde bedrag in rekening brengen. De verzekerde dient het verschuldigde bedrag op eerste verzoek te voldoen.

Art. 36 Wijziging verzekeringsvoorwaarden en premies

- 1 De verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van de verzekering en de premies van de bij hem lopende polissen te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt ingaande een door de verzekeraar vast te stellen datum.
- 2 De verzekeraar zal de wijzigingen in de Algemene Verzekeringsvoorwaarden en/of de Pakketvoorwaarden en/of de premies kenbaar maken aan de verzekeringnemer.
- 3 De verzekeringnemer die niet met een herziening als omschreven in lid 1 akkoord gaat, kan de verzekeringsovereenkomst per de ingangsdatum van de wijzigingen beëindigen, mits de verzekeringnemer hiervan binnen een maand na de ingangsdatum schriftelijk mededeling doet aan de verzekeraar.
- 4 De leden 2 en 3 van dit artikel zijn niet van toepassing bij een wijziging indien en voor zover deze voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen.

Art. 37 Beëindiging

- 1 De verzekeringnemer kan door opzegging zijn/haar verzekeringsovereenkomst beëindigen met ingang van 1 januari van het jaar volgend op het jaar waarin de opzegging heeft plaatsgehad, mits:
 - a) de verzekeringsovereenkomst op dat tijdstip ten minste een kalenderjaar heeft geduurd, of de minimale looptijd van de verzekeringsovereenkomst zoals vermeld in de Pakketvoorwaarden;
 - b) de verzekeringnemer deze opzegging tot dat tijdstip handhaaft;
 - c) de schriftelijke opzegging de verzekeraar heeft bereikt vóór 1 oktober.
- 2 De verzekeraar kan de verzekeringsovereenkomst niet beëindigen door opzegging, tenzij de beëindiging geschiedt op grond van artikel 2 lid 2 of artikel 8 lid 4.
- 3 Behalve door opzegging eindigt de verzekeringsovereenkomst:
 - a) voor de verzekerde als gevolg van het van kracht worden van een verplichte ziekenfondsverzekering. De beëindiging vindt eerst plaats ingaande de dag waarop de verzekeraar van de verzekerde de polis van het ziekenfonds ontvangt;
 - b) indien de verzekerde ophoudt woonachtig te zijn in Nederland; in bepaalde gevallen kan de verzekeringsovereenkomst onder bijzondere voorwaarden worden voortgezet.

Art. 38 Geschillen

- 1 Klachten over de uitvoering van deze verzekering kunnen ter bemiddeling worden voorgelegd aan de Ombudsman Amicon Zorgverzekeraar. Verzekeringnemer doet dit binnen 6 weken na verzending van het schriftelijk stuk, dat de basis vormt voor het geschil vormt.
- 2 Verzekeringnemer kan, nadat bemiddeling door de Ombudsman Amicon Zorgverzekeraar heeft plaatsgevonden, het geschil voor bemiddeling of advies voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.
- 3 Alle overige geschillen uit de verzekering voortvloeiend, kunnen worden onderworpen aan de uitspraak van de bevoegde rechter, tenzij partijen overeenkomen dat het geschil op een andere wijze zal worden beslecht. Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Art. 39 *Slotbepaling*

In die gevallen waarin deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden niet voorzien, beslist de verzekeraar.

Inwerkingtreding

Aldus vastgesteld en geldend met ingang van 1 januari 2003.