

Extra Zekerheid Pakket Ziekenfonds

Inhoudsopgave

Artikelnummer

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

Begripsomschrijvingen	1
Grondslag van de verzekering	2
Bijzondere aanspraken	3
Omvang van de Dekking	4
Risicowijziging	5
Keuzevrijheid	6
Toezeggingen	7
Persoonsgegevens	8
Gevolgen van niet voldoen aan de verplichtingen	9
Uitsluitingen	10
Opname ziekenhuis in een hogere of lagere klasse	11
Verplichtingen bij opname of behandeling	12
Aansprakelijkheid van derden	13
Indiening en vergoeding van nota's	14
Eigen risico/maxima per kalenderjaar	15
Premiebetaling, opschorting, beëindiging, premierestitutie	16
Meldingsplicht met betrekking tot wijzigingen	17
Ingang, duur en einde van de verzekering	18
Herziening van voorwaarden, premies en/of eigen risico	19
Collectief verzekeren	20
Niet voorziene gevallen	21
Geschillen, klachten en rechtskeuze	22
Slotbepaling	23
Clausuleblad Terrorismedekking	24

Omvang van de Dekking Extra Zekerheid Pakket Basis

Niet of buiten GVS-middelen (Geneesmiddelenvergoedingssysteem)	1
Plaswekker	2
Therapeutische hulp	3
Diëtist	4
Bezoekkostenregeling ziekenhuis	5
Tandheekkundige kosten die rechtstreeks verband houden met een ongeval	6
Fysiotherapie	7
Spoedeisende behandeling bij verblijf in het buitenland	8
Zelfstandig behandelcentrum (privé-kliniek)	9

Omvang van de Dekking Extra Zekerheid Pakket Uitgebreid

Niet of buiten GVS-middelen (Geneesmiddelenvergoedingssysteem)	1
Plaswekker	2
Therapeutische hulp	3
Diëtist	4
Bezoekkostenregeling ziekenhuis	5
Tandheekkundige hulp	6
Fysiotherapie	7
Spoedeisende behandeling bij verblijf in het buitenland	8

Zelfstandig behandelcentrum (privé-kliniek)	9
Gezins hulp/prenatale hulp	10
Brilmontuur en glazen of contactlenzen	11
Ronald McDonald Huis	12
Verblijf in herstellingsoorden	13
Therapeutisch kamp voor astmatische kinderen	14
Sport Medisch Adviescentrum (SMA)	15
Steunzolen/inlays/push-brace	16
Buitenlandpreventiepakket/preventieve geneeskunde	17
Eigen bijdrage hulpmiddelen	18
Orthopedagogische hulp	19
Psychologische hulpverlening	20
Kraamzorg/verloskamer	21
Hulpmiddelen	22
In vitro fertilisatiebehandeling (IVF) en intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI) behandeling	23
Intra Uterine Inseminatie (IUI) en Ovulatie Inductie (OI) behandelingen	24
Medicatie fertiliteitbehandelingen.....	25
Sterilisatie	26
Anticonceptiva	27

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

ARTIKEL 1 Begripsomschrijvingen

- 1.1. Apotheeker:** Een in Nederland gevestigde apotheker wiens apotheek voor een ieder toegankelijk is en die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 1.2. Arts:** Een in Nederland gevestigde arts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 1.3. AWBZ:** Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
- 1.4. Behandelingsjaar:** Periode van 365 dagen, ingaande op de datum van de eerste behandeling.
- 1.5. Bedrijfsarts:** Een in Nederland gevestigde arts, die deskundig is op het gebied van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en is ingeschreven in het register van sociaal-geneeskundigen tak arbeids- en bedrijfsgeneeskunde of is geregistreerd als sociaal-geneeskundige in de hoofdstroom arbeid en gezondheid met als deskundigheidsprofiel bedrijfsarts.
- 1.6. Bijkomende kosten:** De neventarieven die door de instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht; de neventarieven die door een privé-kliniek of zelfstandig behandelcentrum op grond van een CTG-tariefsbeschikking rechtsgeldig bij de Maatschappij in rekening mogen worden gebracht.
- 1.7. Centrum voor bijzondere tandheelkundige hulp:** Een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.
- 1.8. Dagverpleging:** Kortere dan 24 uur durende bedverpleging in een ziekenhuis waarvan de noodzaak te voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist.
- 1.9. Diagnose Behandeling Combinatie (DBC):** Een DBC betreft de totale medische behandeling (indien nodig inclusief opname in een ziekenhuis) voor een bepaalde indicatie of aandoening die als DBC als zodanig is vastgesteld. Na afloop van de behandeling - uiterlijk een jaar na aanvang - wordt de DBC in één keer in rekening gebracht.
- 1.10. Dekking:** De in de Omvang van de Dekking genoemde en verzekerde vergoedingen en verstrekkingen.
- 1.11. Diëtist:** Een in Nederland vrijgevestigde diëtist die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
- 1.12. Duurzaam samenlevende persoon:** Persoon die tenminste gedurende één jaar aantoonbaar samenwoont met verzekerde en daarmee een gezamenlijke huishouding voert of een persoon die een samenlevingscontract met verzekerde heeft afgesloten waarbij de duurzaamheid van samenwoning ter uitsluitende beoordeling staat van de Maatschappij.
- 1.13. Eigen bijdrage:** De bijdrage, die naast de vergoeding krachtens de verzekering, door verzekerde zelf verschuldigd is.

1.14. Familielid in de eerste of tweede graad: Als familieleden in de eerste en tweede graad worden uitsluitend begrepen: echtgenoot, echtgenote, (schoon)ouders, (schoon)zoons, (schoon)dochters, broers, zwagers, (schoon)zusters, grootouders en kleinkinderen.

1.15. Farmaceutische zorg: De volgende geneesmiddelen (farmaceutische zorg) zijn bij ministeriële Regeling aangewezen:

- geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd;
- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, niet zijnde 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 (niet zijnde zelfzorgmiddelen) in geval van ernstige aandoeningen waarbij een langdurige behandeling met deze middelen is aangewezen.

Het geneesmiddel dient te worden toegepast voor de indicatie waarvoor de registratie is afgegeven. Geneesmiddelen verstrekt meer dan een half jaar na het laatste bezoek aan de huisarts, specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige worden niet meer beschouwd als geneesmiddelen voorgeschreven door een van de hiervoor genoemde zorgaanbieders.

1.16. Fysiotherapeut: Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnastmasseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

1.17. Geregistreerde partner: Persoon waarmee verzekerde een geregistreerd partnerschap heeft laten registreren, tot stand gekomen via een akte van registratie van partnerschap opgemaakt door de ambtenaar van de burgerlijke stand.

1.18. Gezin: Tot het gezin behoren:

- twee gehuwden;
- geregistreerde partners;
- duurzaam samenlevende personen;
- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 18 jaar;
- een alleenstaande met één of meer kinderen zoals hierboven vermeld.

1.19. GVS: Geneesmiddelenvergoedingsstelsel.

1.20. Herstellingsoord: Een in Nederland gevestigd herstellingsoord, niet zijnde een AWBZ-instelling. De herstellingsoorden die onder deze regeling vallen zijn: 'Daidalos' te Driebergen, 'De Kim' te Noordwijk aan Zee, 'Overbosch' te Hilversum, 'De Wiltzang' te Bilthoven, 'De Hezenberg' te Hatterem en 'Het Wilhelminahuis' te Valburg of een daartoe bevoegd oord, dat voldoet aan de kwaliteitscriteria van de Maatschappij en op grond daarvan door de Maatschappij als zodanig is erkend.

1.21. Hoofdverzekering: De door de Maatschappij gevoerde particuliere ziektekostenverzekering, de op basis van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (Wtz) gevoerde verzekering, of de ziekenfondsverzekering afgesloten bij het ziekenfonds van de Maatschappij, niet zijnde de aanvullende verzekering(en) die in combinatie met de hiervoor genoemde hoofdverzekeringen bij de Maatschappij kunnen worden afgesloten.

1.22. Huidtherapeut: Een in Nederland gevestigde huidtherapeut die in het bezit is van het diploma huidtherapeut van de hogeschool van Utrecht en is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging

van Huidtherapeuten, of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van de Maatschappij en op grond daarvan door de Maatschappij als zodanig is erkend.

1.23. Huisarts: Een in Nederland gevestigde arts die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent en is ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Onder het uitoefenen van de algemene praktijk wordt verstaan het verlenen van huisartsenhulp, zowel ten huize van verzekerde als op het spreekuur van de arts.

1.24. Hulp in natura: Aanspraken waarbij door of namens de Maatschappij een dienst wordt verleend of verstrekkingen worden geleverd.

1.25. Hulpmiddelen: De hulpmiddelen die limitatief in de Bepaling hulpmiddelen van de Maatschappij zijn opgenomen, dan wel in de Regeling hulpmiddelen van het ziekenfonds van AnderZorg.

1.26. Kaakchirurg: Een in Nederland gevestigde tandarts-specialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

1.27. Kinderfysiotherapeut: Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

1.28. Kraamcentrum: Een conform bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten instelling, alsmede de door de Maatschappij als zodanig gecontracteerde instelling.

1.29. Kraamzorg: De zorg verleend door een aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorgster, waarbij deze ten huize van verzekerde verblijft en zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt.

1.30. Laboratoriumonderzoek: Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat conform bij wet gestelde regels als zodanig is toegelaten.

1.31. Logopedist: Een in Nederland gevestigde logopedist die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

1.32. Maatschappij: Ziektekosten Verzekeringsmaatschappij AnderZorg N.V.

1.33. Machtiging: Schriftelijke toestemming van de Maatschappij op grond waarvan verzekerde recht verkrijgt op verstrekkingen en/of vergoedingen conform het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden. Aan een machtiging kunnen door de Maatschappij nadere voorwaarden worden verbonden.

1.34. Medisch adviseur: De door de Maatschappij aangewezen arts die de Maatschappij in medische aangelegenheden adviseert.

1.35. Medische noodzaak: De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens hetgeen in de Nederlandse kring der beroepsgenoten gebruikelijk is. In het kader van de gebruikelijkheid van de behandeling geldt dat deze door de internationale wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk moet zijn bevonden.

1.36. Oefentherapeut Cesar/Oefentherapeut Mensendieck: Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

1.37. Opname: Opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een specialist noodzakelijk moet zijn.

1.38. Orthopedagoog: Een in Nederland gevestigde orthopedagoog die geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie en aangesloten is bij de Nederlandse Vereniging van Orthopedagogen.

1.39. Podoposturaal therapeut: Een in Nederland gevestigde podoposturaal therapeut, voor zover aangesloten bij het Omni Podo Genootschap of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van de Maatschappij en op grond daarvan door de Maatschappij als zodanig is erkend.

1.40. Podotherapeut: Een in Nederland gevestigde podotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

1.41. Prové B.V.: Een reïntegratiebedrijf dat is gespecialiseerd in het herplaatsen van verzuimende arbeidsongeschikte of arbeidsgehandicapte (ex)werknemers.

1.42. Psychologische hulpverlener:

Eerstelijnspsycholoog: Een in Nederland gevestigde psycholoog die als zodanig is ingeschreven in het register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) als gekwalificeerd eerstelijnspsycholoog.

GZ-psycholoog: Een in Nederland gevestigde gezondheidszorgpsycholoog die is afgestudeerd in de psychologie en die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en werkzaam is in de eerste lijn. Orthopedagogen vallen niet onder deze omschrijving.

1.43. Reddingskosten: De kosten van na ongeval of vermissing door of namens bevoegde overheidsinstanties of particuliere instantie ondernomen activiteiten tot opsporing, redding en/of berging van verzekerde. Hieronder worden ook verstaan de kosten van o.a. helikoptervervoer, de zogenaamde 'glijbanaan' en andere bijzondere vervoermiddelen, welke worden ingezet indien vervoer per ambulance niet mogelijk is.

1.44. Specialist: Een in Nederland gevestigde arts die voor het door hem uitgeoefend specialisme staat ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Als specialist dient eveneens te worden aangemerkt een in Nederland gevestigde tandarts die is ingeschreven in het specialistenregister voor Mondziekten en Kaakchirurgie van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

1.45. Specialistische hulp: Zorg of onderzoek volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven.

1.46. Spoedeisende medische hulp in het buitenland: Situatie waarin de gezondheidstoestand van verzekerde onmiddellijk geneeskundige verzorging noodzakelijk maakt en niet kan worden uitgesteld tot terugkomst in Nederland.

1.47. Sportarts: Een in Nederland gevestigde sportarts die als zodanig erkend is door het College voor Sociale Geneeskunde (CSG).

1.48. Sport Medisch Adviescentrum (SMA): Een door de Federatie van Sport Medische Instellingen (FSMI) erkend Sport Medisch Adviescentrum.

1.49. Tandarts: Een in Nederland gevestigde tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.

1.50. Tandprotheticus: Een in Nederland gevestigde en gediplomeerde tandprotheticus die door de Maatschappij is gecontracteerd.

1.51. Verloskundige: Een in Nederland gevestigde verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

1.52. Verzekerde: Degene die als zodanig op de polis, op het polisaanhangsel of op het Bewijs van Inschrijving is vermeld. Met de in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen omschrijving 'per verzekerde per kalenderjaar' wordt bedoeld per behandelde verzekerde per kalenderjaar.

1.53. Verzekering: De door verzekeringnemer (mede ten behoeve van verzekerde(n)) met de Maatschappij afgesloten overeenkomst van verzekering met als onderwerp een hoofdverzekering en/of een of meerdere aanvullende verzekeringen.

1.54. Verzekeringnemer: Degene die de verzekering met de Maatschappij is aangegaan.

1.55. Verzekeringsduur: De termijn waarbinnen de verzekering tussen de Maatschappij en verzekerde ononderbroken van kracht is.

1.56. Wachttermijn: Een krachtens de verzekeringsvoorwaarden geldende of anderszins overeengekomen termijn, die een aanvang neemt bij het ingaan van de verzekering en binnen welke termijn geen aanspraak op vergoeding kan worden gemaakt.

1.57. Wet BIG: Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

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

1.59. Ziekenfonds: Een rechtspersoon overeenkomstig artikel 34 van de Ziekenfondswet.

1.60. Ziekenhuis: Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten. Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlands Astma Centrum te Davos.

1.61. Zorgmakelaar: De Zorgmakelaar van de Maatschappij.

1.62. Zorgverzekeraars Nederland (ZN): Overkoepelende vereniging van particuliere ziektekostenverzekeraars en ziekenfondsen in Nederland.

ARTIKEL 2 Grondslag van de verzekering

2.1 Het volledig ingevulde en ondertekende aanvraagformulier met de daarin door verzekeringnemer of verzekerde gedane, al dan niet eigenhandig geschreven mededelingen, alsmede eventuele schriftelijke gegevens, daarbij afzonderlijk door verzekeringnemer of verzekerde verstrekt, met de bij een eventuele keuring door de verzekerde verstrekte gegevens gelden als grondslag van deze verzekering en worden geacht daarmee een geheel te vormen. De Maatschappij is geen vergoeding

van kosten verschuldigd en is (conform artikel 251 Wetboek van Koophandel) bevoegd met terugwerkende kracht vanaf de ingangsdatum de gehele of gedeeltelijke vernietiging van de verzekering in te roepen, indien de mededelingen in het aanvraagformulier dan wel in de afzonderlijke gegevens verstrekt, in strijd met de waarheid zijn of omstandigheden verzwegen werden, welke van dien aard waren, dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien de Maatschappij daarvan kennis had gedragen.

2.2 De Maatschappij kan zonder opgaaf van redenen een aanvraag afwijzen of bepaalde kwalen, ziekten of gebreken van uitkering uitsluiten; bij een dergelijke uitsluiting blijven de verschuldigde premies ongewijzigd.

2.3 De door de Maatschappij gevoerde aanvullende verzekeringen kunnen worden afgesloten door degenen die krachtens een hoofdverzekering zijn of worden verzekerd bij de Maatschappij, dit ter beoordeling van de Maatschappij.

2.4 De verzekering wordt onder dezelfde voorwaarden en condities aangegaan en gehandhaafd voor alle op de polis verzekerde personen, tenzij anderszins overeengekomen.

ARTIKEL 3 Bijzondere aanspraken

Pasgeboren kinderen: Voor kinderen van verzekerden, geboren tijdens de duur van de verzekering geldt, mits zij binnen twee maanden na hun geboorte ter verzekering zijn aangemeld en één of beide ouders op dat moment bij de Maatschappij verzekerd zijn, dat zij zonder medische acceptatie op de polis worden bijgeschreven. De verzekering is vanaf de geboorte van kracht ongeacht eventueel aangeboren ziekten, aandoeningen of afwijkingen; het in artikel 10.9 bepaalde is dan niet van toepassing. Indien slechts één van de ouders bij de Maatschappij is verzekerd kan alleen dan inschrijving en vergoeding van kosten geschieden, indien wordt aangetoond dat de verzekerde ouder is aan te merken als kostwinner van het kind.

ARTIKEL 4 Omvang van de Dekking

Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt de Maatschappij de kosten van de in de Omvang van de Dekking opgenomen en (mee)verzekerde medische behandelingen en versprekkingen, onder aftrek van een eventueel van toepassing zijnde eigen risico, conform de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen op basis van het door of namens de Maatschappij met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. De Maatschappij bepaalt of er sprake is van medische noodzaak. Indien geen tarief is overeengekomen vergoedt de Maatschappij genoemde kosten op basis van maximaal door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) voor de betreffende praktijk of instelling goedgekeurde tarieven, tenzij in de Omvang van de Dekking anders is bepaald. Voor medische behandelingen in door de Maatschappij gecontracteerde instellingen in het buitenland die na bemiddeling van de Zorgmakelaar plaatsvinden gelden de voorwaarden als zou de behandeling in Nederland plaatsvinden.

Indien en voor zover de Maatschappij aan verzekerde meer vergoedt dan waartoe hij krachtens het bovenstaande gehouden is, wordt verzekerde geacht aan de Maatschappij te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de Maatschappij van het door verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

ARTIKEL 5 Riscowijziging

Een verzoek tot een wijziging van de dekking dient schriftelijk te geschieden. Indien een verzekerde het risico waarvoor hij verzekerd is wenst te wijzigen, dan wordt de verzekeringsduur geacht niet

te zijn onderbroken. Het bepaalde in artikel 2 is en blijft onverminderd van toepassing op de wijziging van de dekking als ook op de gegevens en mededelingen zoals door verzekerde in het verleden in eerste instantie op en bij het aanvraagformulier zijn overgelegd. Het wijzigen van het verzekerde risico kan uitsluitend per 1 januari van elk kalenderjaar, met uitzondering van de aanvullende (tandarts)verzekeringen en de klasseverzekeringen waarvoor tussentijdse uitbreiding kan plaatsvinden per de eerste van de maand volgend op de maand waarin acceptatie heeft plaatsgevonden. Voor de aanvullende verzekering geldt een wachttijd van 4 maanden alvorens het recht op vergoeding aanvangt, tenzij in de Omvang van de Dekking afwijkend is bepaald.

Indien een verzekering wordt aangegaan aansluitend op een vergelijkbare (collectieve) hoofdverzekering of een aanvullende verzekering van de Maatschappij, blijven de bestaande rechten en plichten uit deze verzekering onverkort van kracht. De verzekeringsduur wordt geacht niet te zijn onderbroken door de overgang van een ziekenfondsverzekering naar een particuliere ziektekostenverzekering of omgekeerd.

ARTIKEL 6 Keuzevrijheid

Verzekerde is vrij in de keuze van ziekenhuis, specialist, huisarts, tandarts, verloskundige, kraamverzorgster, fysiotherapeut, oefentherapeut, logopedist, apotheker etc..

ARTIKEL 7 Toezeggingen

Er kan slechts een beroep worden gedaan op telefonische en mondelinge toezeggingen indien de Maatschappij deze schriftelijk heeft bevestigd.

ARTIKEL 8 Persoonsgegevens

8.1 De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden door de Maatschappij verwerkt voor het accepteren van een aanvraag, het uitvoeren van de verzekering en de wettelijke regelingen. Tevens worden persoonsgegevens verwerkt voor overige activiteiten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering, zoals ten behoeve van fraudepreventie, statistische analyses of om te informeren over relevante producten en diensten.

8.2 Frauderegistratie: Indien er sprake is van fraude, misbruik en/of oneigenlijk gebruik van uit de verzekering voortvloeiende rechten, zullen de gegevens van verzekerde of derden worden opgenomen in daartoe bestemde registers conform het Protocol Fraudebestrijding van het Verbond van Verzekeraars. Deze registers hebben tot doel het bevorderen van de integriteit en de veiligheid van de verzekeringsbranche en het voorkomen van fraude, misbruik en/of oneigenlijk gebruik. Daarnaast gaat de Maatschappij in geval van bewezen fraude over tot het doen van aangifte.

ARTIKEL 9 Gevolgen van niet voldoen aan de verplichtingen

Verzekeringnemer en verzekerde zijn verplicht alles te laten en niets te doen waardoor de belangen van de Maatschappij geschaad kunnen worden. Indien de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde verplichtingen niet zijn nagekomen en daardoor de belangen van de Maatschappij zijn geschaad, vervalt elk recht op vergoeding.

ARTIKEL 10 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt:

10.1 Voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit, hetzij direct, hetzij indirect:

- a. een gewapend conflict, hier wordt onder verstaan elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de een de ander, gebruik makend van militaire machtsmiddelen bestrijden. Onder gewapend conflict wordt mede verstaan het gewapende optreden van een Vredesmacht der Verenigde Naties;
- b. burgeroorlog, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van eenzelfde staat waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat betrokken is;
- c. opstand, hier wordt onder verstaan georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag;
- d. binnenlandse onlusten, hier wordt onder verstaan min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat;
- e. oproer, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging, gericht tegen het openbaar gezag;
- f. munitie, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige gewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.

De 6 genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gedeponeerd onder nummer 136/1981;

10.2 Indien, zo deze verzekering niet bestond, door verzekeringnemer of verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, enigerlei subsidieregeling dan wel een andere (verzekerings)overeenkomst, ongeacht het tijdstip waarop deze van kracht is geworden c.q. is aangegaan, aanspraak op vergoeding van verzekerde kosten of op verstrekingen kan worden gemaakt, dan is onderhavige overeenkomst eerst in de laatste plaats geldig;

10.3 Voor de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de eigen bijdrage voor bevolkingsonderzoek;

10.4 Voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, onverschillig hoe deze is ontstaan;

10.4.1 De uitsluiting onder 10.4 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) alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip;

10.4.2 Voor zover krachtens Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 10.4.1. geen toepassing;

10.5 Voor onderzoek, behandeling, verpleging, geneesmiddelen of hulpmiddelen waarvoor geen medische noodzaak bestaat, alsmede de hieruit voortvloeiende kosten van vervol- of herstelbehandelingen/ operaties, al dan niet medisch noodzakelijk;

10.6 Voor vormverbeterende behandelingen/operaties van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van vermindering ten gevolge van een ongeval of ziekte, dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking;

10.7 Voor onderzoek en/of behandeling door een hooglerspecialist, tenzij door de specialist wordt doorverwezen naar een hooglerspecialist;

10.8 Voor keuringen, attesten en vaccinaties, tenzij in de regeling Farmaceutische Zorg anders is bepaald;

10.9 Voor een behandeling die verband houdt met ziekten, aandoeningen, afwijkingen of klachten die reeds bestonden vóór of bij het totstandkomen van de verzekering terwijl verzekeringnemer of verzekerde op dat tijdstip hiervan kennis droeg, redelijkerwijs kennis had kunnen dragen of klachten ondervond. Het bovenstaande is niet van toepassing indien verzekeringnemer de Maatschappij vóór de totstandkoming van de verzekering van de bewuste ziekten, aandoeningen, afwijkingen of klachten schriftelijk op de hoogte heeft gebracht en de Maatschappij bij het aanvaarden van de verzekering geen bijzondere voorwaarden heeft gesteld. Bij het op verzoek van verzekeringnemer of verzekerde uitbreiden van de dekking respectievelijk verhogen van de verzekerde verpleegklasse, is het vorenstaande eveneens van toepassing op deze uitbreiding respectievelijk verhoging;

10.10 Voor het ongedaan maken van de gevolgen van een kunstmatig verkregen steriliteit;

10.11 Voor verrichtingen (bijvoorbeeld anesthesie) en verstrekkingen (bijvoorbeeld geneesmiddelen) verband houdende met ingrepen die niet onder de dekking van de verzekering vallen;

10.12 Voor onderzoek en/of behandeling, die naar algemeen medische opvatting niet behoren tot de praktijkuitoefening van de betrokken huisarts of specialist;

10.13 De kosten van consulten, behandelingen en/of voorgeschreven genees- en hulpmiddelen door een zorgaanbieder bij of aan zichzelf of één van de bij de Maatschappij verzekerde leden van het gezin, tenzij uitdrukkelijk vooraf toestemming verleend door de Maatschappij;

10.14 Voor schade welke het gevolg is van opzet of (on)bewuste roekeloosheid van verzekerde of het gevolg is van een misdrijf waaraan verzekerde heeft deelgenomen;

10.15 Indien de Maatschappij door verzekeringnemer, verzekerde en/of belanghebbende(n) bij het aanspraak maken op vergoedingen en/of verstrekkingen opzettelijk wordt misleid door voor de beoordeling van de aanspraak voor de Maatschappij van belang zijnde feiten en omstandigheden te verzwijgen en/of valse opgaven te verstrekken. Het verval van recht op uitkering heeft betrekking op de volledig ingediende aanspraak op vergoedingen en/of verstrekkingen, ook voor die onderdelen van de ingediende aanspraak waarbij geen feiten en omstandigheden zijn verzwegen of geen onware opgaven zijn gedaan;

10.16 Voor schade en/of kosten die het gevolg zijn van het niet nakomen van een gemaakte afspraak in het ziekenhuis of bij een zorgaanbieder.

ARTIKEL 11 Opname ziekenhuis in een hogere of lagere klasse

Indien verzekerde in een ziekenhuis wordt opgenomen in een hogere dan de verzekerde klasse, worden de kosten van verpleging en bijkomende kosten vergoed op basis van de tarieven die de Maatschappij voor de verzekerde klasse verschuldigd zou zijn. Indien een verzekerde in een ziekenhuis wordt opgenomen in een lagere dan de verzekerde klasse, worden de kosten van verpleging en bijkomende kosten vergoed op basis van de voor deze lagere klasse geldende tarieven.

ARTIKEL 12 Verplichtingen bij opname of behandeling

Verzekeringnemer is verplicht ervoor te zorgen:

- a. dat van een opname in een ziekenhuis zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen drie dagen na opname, schriftelijk kennis wordt gegeven aan de Maatschappij. Deze kennisgeving dient te geschieden zodra bekend is dat opname zal moeten plaatsvinden;
- b. dat de behandelend huisarts of specialist de reden van opname bekend maakt aan de medisch adviseur;
- c. dat in geval van niet-klinische (poliklinische) specialistische hulp een verwijzing van de huisarts of tandarts wordt overgelegd indien de Maatschappij hierom vraagt;
- d. dat bij fysiotherapie, oefentherapie en logopedie een verwijzing van de specialist of huisarts wordt overlegd, indien de Maatschappij hierom vraagt;
- e. dat desgevraagd aan de Maatschappij, haar medisch adviseur, of hen, die met de control zijn belast, medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
- f. dat zijn gebit en het gebit van de overige verzekerden bij de aanvang van de tandheelkundige verzekering regelmatig onderhouden en caviteit-vrij is. Gedurende de verzekering dient regelmatig - tenminste een keer per kalenderjaar - het gebit te worden gecontroleerd door een tandarts. Deze verplichting geldt niet voor dragers van een volledige prothese.

ARTIKEL 13 Aansprakelijkheid van derden

Verzekerde is verplicht de Maatschappij behulpzaam te zijn bij een mogelijke verhaalszaak waarbij een derde aansprakelijk kan worden gesteld voor de door de Maatschappij geleden schade. Indien sprake is van ziekte of letsel door een ongeval waarvoor een derde mogelijk aansprakelijk kan worden gesteld, dient verzekerde de Maatschappij direct te informeren. Verzekerde verschaft de Maatschappij desgevraagd de inlichtingen die de Maatschappij redelijkerwijs behoeft voor de beoordeling van mogelijke aansprakelijkheid van een derde. In geen geval mag zonder schriftelijke machtiging van de Maatschappij met die derde of diens gemachtigde, daaronder begrepen diens verzekeringsmaatschappij, enigerlei regeling worden getroffen, waardoor de Maatschappij in haar belangen kan worden geschaad.

ARTIKEL 14 Indiening en vergoeding van nota's

14.1 Verzekeringnemer is verplicht ervoor te zorgen:

- a. dat de indiening van nota's zo spoedig mogelijk dient te geschieden; de Maatschappij dient de nota's uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarin de medische behandeling, de verpleging, het onderzoek, de verstrekking e.d. heeft plaatsgevonden, te hebben ontvangen.
N.B. De nota's worden op volgorde van binnenkomst in behandeling genomen. Bepalend voor het recht op uitkering is de datum van behandeling, verpleging, onderzoek, verstrekking e.d. De dagtekening, de datum waarop de nota is ontvangen of de datum van betaling van de nota is hierbij niet van belang;
- b. dat alle nota's op zodanige wijze gespecificeerd zijn, dat de Maatschappij er zonder navraag uit kan opmaken tot welke vergoeding zij gehouden is. Computernota's dienen door de zorgaanbieder gewaarmerkt te zijn. Originele anderstalige nota's dienen op een zodanige wijze te zijn opgemaakt en/of vertaald te zijn dat zonder verdere navraag kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de Maatschappij gehouden is. Indien de Maatschappij van oordeel is dat de nota vertaling behoeft dan kan de Maatschappij verzekerde verzoeken om de nota('s) te laten vertalen door een beëdigd vertaler. Vertaalkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- c. dat de niet gespecificeerde nota's voor tandheelkundige hulp vergezeld zijn van een specificatieformulier volgens het model dat hiervoor is vastgesteld door de organisatie van tandartsen en van verzekeraars;
- d. dat de originele nota's worden ingezonden;

e. dat de openstaande bedragen van ingediende nota's die geheel dan wel gedeeltelijk onder het eigen risico vallen of niet voor vergoeding in aanmerking komen door verzekerde aan de zorgverlener worden betaald. Eventuele kosten, zoals incassokosten en/of rentekosten, die voortvloeien uit het niet of niet tijdig betalen van het openstaande bedrag van deze nota's komen voor rekening van verzekerde.

14.2 Als verzekerde niet binnen zes weken na de datum van betaling tegen de uitkering bezwaar maakt, wordt aangenomen dat deze met de uitkering onvoorwaardelijk akkoord gaat.

14.3 Indien het bedrag van het eigen risico nog niet is bereikt zal de vergoeding geschieden onder aftrek van het eigen risico.

14.4 Bij het indienen van de nota's is de datum van behandeling of verstrekking bepalend voor het jaar waarop het eigen risico betrekking heeft.

14.5 Indien betalingen aan anderen dan verzekerden worden gedaan is de Maatschappij rechtsgeldig gekweten.

14.6 Indien de Maatschappij met inachtneming van het gestelde in dit artikel tot betaling namens verzekerde overgaat, draagt de Maatschappij geen aansprakelijkheid uit hoofde van de betalingsverplichtingen die verzekerde heeft ten aanzien van de betrokken zorgverlener.

14.7 De uitkeringen bedragen nooit meer dan de werkelijk gemaakte kosten.

14.8 Bij wijziging van de verzekeringsvoorwaarden is een daarmee samenhangende wijziging van een recht op uitkering uitsluitend van toepassing op na de datum van ingang van die wijziging verrichte behandeling.

14.9 Aan verzekerde, die zich onttrekt aan geneeskundige behandeling, als gevolg waarvan de opname wordt verlengd of een hernieuwde opname noodzakelijk wordt, dan wel wegens wangedrag uit het ziekenhuis of sanatorium wordt verwijderd, kan uitkering worden geweigerd voor deze opname en voor de daarmee verband houdende klinische specialistenhulp, bijkomende kosten en ziekenvervoer, een en ander ter beoordeling van de Maatschappij.

14.10 Het indienen van de nota('s) dient vergezeld te gaan van het polisnummer en de aantekening of de nota wel of niet is betaald en deze te zenden naar het centrale correspondentieadres van de Maatschappij:

Ziektekosten Verzekeringsmaatschappij AnderZorg N.V.
Postbus 11072
9700 CB GRONINGEN

14.11 In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de verzekering, worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing is.

Bij het niet nakomen van de hiervoor in de artikelen 12, 13 en 14 vermelde verplichtingen kan geen aanspraak op vergoeding worden gemaakt.

ARTIKEL 15 Eigen risico/maxima per kalenderjaar

15.1 Voor het bereiken van het bedrag van het eigen risico aan de voet tellen uitsluitend de kosten mee, die op grond van de verzekeringsvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen. Die kos-
AA201 XJ10 012005

ten tellen eveneens mee voor het bereiken van een, eventueel voor een onderdeel van de dekking geldende, maximum vergoeding.

15.2 Het eigen risico wordt voor het eerst vastgesteld op de ingangsdatum van de verzekering. Het wijzigen van het eigen risico door verzekerde is alleen mogelijk vanaf 1 januari volgend op het kalenderjaar waarin het verzoek om wijziging bij de Maatschappij is ingediend. Het wijzigingsverzoek kan vanaf 1 juli worden ingediend en dient uiterlijk 31 december door de Maatschappij te zijn ontvangen. Op basis van medische selectie wordt door de Maatschappij beoordeeld of verlaging van het eigen risico mogelijk is.

Het eigen risico wordt per kalenderjaar vastgesteld overeenkomstig de op de polis verzekerde personen per 1 januari van dat kalenderjaar. Tussentijdse bij- of uitschrijvingen van één of meer personen en tussentijdse beëindiging van de verzekering zijn voor wat betreft het lopende verzekeringsjaar noch van invloed op de hoogte van het eigen risico, noch van invloed op het totaal ingehouden eigen risicobedrag terzake reeds gedane uitkeringen.

15.3 Bij opname in een ziekenhuis na 30 november van enig jaar en eindigende voor 1 februari van het daaropvolgende jaar, zullen de kosten voor berekening van het te dragen eigen risico worden geacht te behoren tot het kalenderjaar waarin de verpleging is begonnen. Indien een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling is aangevangen, geldt voor de vaststelling van het eigen risico dat deze behandeling wordt toegerekend aan het voorgaande kalenderjaar.

15.4 Bij aanvang van de verzekering in de loop van een kalenderjaar wordt een gekozen eigen risico aan de voet pro rata vastgesteld met dien verstande, dat het bedrag van het eigen risico niet lager wordt dan 40% van het voor deze verzekering geldende eigen risico.

15.5 Van de verzekerde kosten is het bedrag van het eigen risico als op het polisblad vermeld per gezin per kalenderjaar voor rekening van verzekeringnemer. Indien op enig moment het eigen risico niet c.q. niet volledig door de Maatschappij is verrekend en/of verrekening heeft kunnen plaatsvinden met vergoedingen en verstrekkingen die hebben plaatsgevonden, dan is de Maatschappij te allen tijde bevoegd het nog niet verrekende eigen risico te verrekenen met toekomstige vergoedingen en verstrekkingen die op enig moment plaatsvinden en/of aan verzekeringnemer in rekening te brengen.

ARTIKEL 16 Premiebetaling, opschorting, beëindiging, premierestitutie

16.1 Verzekeringnemer is verplicht de premie en de kosten alsmede bijdragen die voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen bij vooruitbetaling te voldoen, voor alle op de polis genoemde personen. Voor ziekenfondsverzekerden zal voor de aanvullende verzekeringen de betaalwijze van de nominale premie voor de ziekenfondsverzekering gevolgd worden. Dit houdt in dat wanneer de aanvullende verzekeringen tijdens een lopende kalendermaand ingaan geen premie voor deze kalendermaand verschuldigd is en wanneer de aanvullende verzekeringen tijdens een lopende kalendermaand worden beëindigd de volledige premie over deze kalendermaand verschuldigd is.

16.2 Is de premie en/of de som van het in rekening gebrachte eigen risico niet binnen 30 dagen na de premievervaldag volledig voldaan dan is er sprake van verzuim en wordt de dekking opgeschort vanaf de premievervaldag. Er bestaat geen recht op uitkering meer. Verzekeringnemer blijft verplicht de verschuldigde premie en/of de som van het in rekening gebrachte eigen risico te voldoen.

16.3 Indien de Maatschappij maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen alle kosten van inning, zoals incassokosten en/of rentekosten, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, voor rekening van verzekeringnemer.

16.4 Indien het recht op uitkering wegens wanbetaling is vervallen is de Maatschappij bevoegd de verzekering op een door hem te bepalen tijdstip te beëindigen, waarbij de verplichting tot premiebetaling echter onverminderd blijft bestaan.

16.5 De dag nadat het volledig verschuldigde bedrag en de kosten genoemd in artikel 16.3 door de Maatschappij zijn ontvangen, zal de dekking onder eventueel nader te stellen voorwaarden weer van kracht worden, tenzij de verzekering door de Maatschappij is c.q. wordt beëindigd wegens wanbetaling. Na het opnieuw van kracht worden van de dekking heeft verzekeringnemer en/of verzekerde geen recht op vergoeding van kosten gemaakt of waartoe de noodzaak of de verwachting om die te maken zich geopenbaard heeft in de periode van opschorting van de dekking. Dit is ook niet het geval in de situatie dat er sprake is van reeds door de Maatschappij afgegeven garantieverklaringen en/of schriftelijke toezeggingen.

16.6 De verzekering geschiedt, behoudens in bijzondere door de Maatschappij te bepalen gevallen, zonder restitutie van de premie. De verschuldigde premie en/of de som van het in rekening gebrachte eigen risico kan verzekerde niet verrekenen met de van de Maatschappij te vorderen vergoeding. Indien bij de beëindiging van de verzekering verzekerde nog premie en/of een som aan eigen risico aan de Maatschappij verschuldigd is, dan is de Maatschappij gerechtigd eventueel nog verschuldigde vergoedingen te verrekenen met het nog totaal openstaande premiebedrag en/of de som aan eigen risico. Indien de Maatschappij gehouden is premie te restitueren aan verzekeringnemer, kan de Maatschappij dit verrekenen met de door verzekeringnemer verschuldigde som aan eigen risico.

16.7 Premieverhoging of -verlaging als gevolg van wijzigingen in de gezinssamenstelling of leeftijd gaat als regel in op de dag waarop de gewijzigde omstandigheden zich voor de eerste maal hebben voorgedaan. Verzekeringnemer en verzekerden worden geacht bekend te zijn met van toepassing zijnde leeftijdstoelagen.

ARTIKEL 17 Meldingsplicht met betrekking tot wijzigingen

17.1 Verzekeringnemer is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het gezin en iedere verandering die van invloed is op de rechten en plichten uit hoofde van de verzekering zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de Maatschappij mede te delen.

Zodanige wijzigingen zijn ondermeer:

- a. het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enig andere publiekrechtelijke regeling;
- b. verhuizing;
- c. huwelijk, samenwoning en geregistreerd partnerschap;
- d. geboorte (zie artikel 3);
- e. overlijden;
- f. wijziging van (post)banknummer;
- g. het zich metterwoon buiten Nederland vestigen;
- h. verblijf van langer dan twee maanden aaneengesloten in het buitenland;
- i. aanvang of beëindiging van een studie van een op de verzekering van de ouder(s) meeveerd studerend ongehuwd kind van 18 jaar of ouder;
- j. het niet langer meer voldoen aan de voorwaarden om collectief verzekerd te zijn (bijvoorbeeld door beëindiging van het dienstverband).

17.2 Verzekeringnemer moet erop toezien dat op de polis de noodzakelijke wijzigingen worden aangebracht.

17.3 Mededelingen, door de Maatschappij verzonden aan het laatst bekende adres van verzekeringnemer, worden geacht verzekeringnemer en verzekerde te hebben bereikt.

ARTIKEL 18 Ingang, duur en einde van de verzekering

18.1 Bij aanvaarding van de kandidaat-verzekerde vangt de verzekering aan op de eerste dag van de maand, waarin de datum is gelegen waarop de kandidaat-verzekerde, blijkens het door hem ondertekende aanmeldingsformulier, de verzekering wil doen aanvragen. De verzekering vangt echter nooit eerder aan dan op de eerste van de maand, waarin het aanmeldingsformulier bij de Maatschappij is binnengekomen, behoudens hetgeen is bepaald in artikel 18.2 en artikel 3, en nooit later dan op de eerste van de vijfde maand volgend op die, waarin het aanmeldingsformulier bij de Maatschappij is binnengekomen.

18.2 Bij aanvaarding van de kandidaat-verzekerde, die zijn of haar verzekering bij een ziekenfonds of publiekrechtelijke ziektekostenverzekering heeft moeten beëindigen, vangt de verzekering aan op de dag volgende op de dag van beëindiging van de ziekenfondsverzekering of publiekrechtelijke ziektekostenverzekering.

18.3 De verzekering wordt aangegaan voor tenminste de duur van een kalenderjaar, met stilzwijgende verlenging voor gelijke termijnen, tenzij nadrukkelijk anders overeengekomen. Verzekeringen aangevangen in de loop van een kalenderjaar worden ten minste voor de duur van dat en van het daarop volgende kalenderjaar aangegaan. Met inachtneming van het vorenstaande wordt steeds 1 januari van enig kalenderjaar als contractsvervaldatum aangehouden.

18.4 Met inachtneming van het bepaalde in artikel 18.3 kan verzekeringnemer door opzegging zijn verzekering beëindigen met ingang van 1 januari van het kalenderjaar volgende op het kalenderjaar, waarin de opzegging heeft plaatsgevonden. In dat geval dient de Maatschappij de opzegging vóór 1 oktober te hebben ontvangen, tenzij het bepaalde in artikel 18.5 of 19.2 van toepassing is. De opzegging dient schriftelijk, bij voorkeur aangetekend, te geschieden. Op verzekeringnemer rust het bewijs om aan te tonen dat de schriftelijke opzegging de Maatschappij tijdig heeft bereikt. De Maatschappij kan bepalen dat de aanvullende verzekering(en) wordt(en) voortgezet indien de hoofdverzekering wordt beëindigd op grond van het bepaalde in artikel 18.5 sub a of sub b.

18.5 Behalve door opzegging eindigt de verzekering:

- a. met ingang van de datum van afgifte van het bewijs van inschrijving door een ziekenfonds, mits de Maatschappij binnen 30 dagen na de datum van afgifte van het bewijs van inschrijving een afschrift hiervan heeft ontvangen. Indien de Maatschappij niet binnen deze termijn van 30 dagen een afschrift van het bewijs van inschrijving heeft ontvangen, dan eindigt de verzekering met ingang van de datum waarop de Maatschappij het afschrift heeft ontvangen. In dat geval is verzekeringnemer de premie verschuldigd tot de datum waarop de Maatschappij het afschrift heeft ontvangen;
- b. met ingang van de datum waarop verzekerde verplicht publiekrechtelijk is verzekerd bij een publiekrechtelijke de Maatschappij, mits de Maatschappij binnen 30 dagen na afgifte van het polisblad door de publiekrechtelijke verzekeraar een afschrift hiervan heeft ontvangen. Indien de Maatschappij niet binnen deze termijn van 30 dagen een afschrift van het polisblad heeft ontvangen, dan eindigt de verzekering met ingang van de datum waarop de Maatschappij het afschrift heeft ontvangen. In dat geval is verzekeringnemer de premie verschuldigd tot de datum waarop de Maatschappij het afschrift heeft ontvangen;
- c. met ingang van de eerste dag van de maand waarin verzekerde de leeftijd van 65 jaar bereikt. Vervolgens zal verzekerde direct aansluitend de Standaardpakketpolis worden aangeboden tegen de op dat moment geldende voorwaarden en premies. Ingeval verzekerde na beëindiging van de verzekering direct aansluitend de Standaardpakketpolis via de Maatschappij afsluit, kunnen de laatst geldende aanvullende (klasse) verzekeringen worden voortgezet tegen de op dat moment geldende voorwaarden en premies;
- d. als de verzekerde overlijdt;
- e. met ingang van de eerste dag dat verzekeringnemer en/of verzekerde(n) zich metterwoon bui-

ten Nederland vestig(t)(en) of met ingang van de eerste dag van het tijdvak dat verzekeringnemer en/of verzekerde(n) langer dan zes maanden aaneengesloten buiten Nederland verblij(ft)(ven). Een nieuwe periode van zes maanden ontstaat wanneer verzekeringnemer en/of verzekerde aantoonbaar meer dan twee maanden aaneengesloten in Nederland verblij(ft)(ven). Zolang verzekeringnemer niet aan de verplichting van artikel 17.1 sub g heeft voldaan, blijft verzekeringnemer verplicht tot premiebetaling, zonder evenwel enige aanspraak op vergoeding te kunnen maken. Op verzoek van de Maatschappij dient verzekerde bewijs te overleggen waaruit het tijdstip van vertrek naar het buitenland en/of de duur van het verblijf in het buitenland blijkt. Indien hier niet aan wordt voldaan dan kan de verzekering op een door de Maatschappij te bepalen tijdstip worden beëindigd of kan een verzoek om beëindiging door de Maatschappij worden geweigerd.

18.6 Voor op de verzekering van de ouder(s) meeverzekerde kinderen vanaf 18 jaar gelden de volgende regels:

- studerende, ongehuwde kinderen kunnen tot 27 jaar meeverzekerd blijven tegen het daarvoor geldende premietarief, indien (jaarlijks) een school- c.q. studieverklaring (niet zijnde (een verklaring van) een cursus) wordt overgelegd;
- niet studerende kinderen kunnen tot 21 jaar meeverzekerd blijven tegen het daarvoor geldende premietarief. Indien een meeverzekerd kind van jonger dan 21 jaar in het huwelijk treedt, een geregistreerd partnerschap aangaat of met een partner duurzaam gaat samenwonen, kan het kind vanaf dat moment niet langer meeverzekerd blijven. Indien een kind niet langer kan worden meeverzekerd, kan deze zich direct aansluitend, zonder selectie, zelfstandig verzekeren op een afzonderlijke gelijksoortige polis (ter beoordeling van de Maatschappij), tegen de premie behorende bij de leeftijd van het kind.

18.7 De Maatschappij heeft het recht de verzekering onmiddellijk eenzijdig te beëindigen ingeval:

- a. van onjuiste opgave of verzwijging, als bedoeld in artikel 2;
- b. van opschorting van de dekking, als bedoeld in de artikelen 16.2 en 16.5;
- c. verzekeringnemer en/of verzekerde zich jegens de Maatschappij schuldig maakt/maken aan (een poging tot) oplichting, bedrog, het opzettelijk doen van onjuiste mededeling(en) en/of andere ernstige misdragingen (zoals dwang en bedreiging). In die gevallen zullen zowel de hoofdverzekering als ook de aanvullende verzekeringen worden beëindigd met ingang van de dag waarop het bedoelde feit heeft plaatsgevonden of op een andere door de Maatschappij te bepalen datum. Ook ingeval het vorenstaande betrekking heeft op een ziekenfondsverzekering, beëindigt de Maatschappij de aanvullende verzekeringen van alle verzekerden.

18.8 Verzekeringnemer heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voorzover gemaakt tijdens de periode gedurende welke de verzekering van kracht is.

18.9 Indien de verzekering, na acceptatie door de Maatschappij, binnen 12 maanden na beëindiging van een verzekering van de Maatschappij wordt hervat, wordt de verzekering geacht niet te zijn onderbroken.

18.10 Zij die hun verzekering tijdelijk (maximaal 12 maanden) hebben moeten onderbreken wegens toetreding tot de verplichte ziekenfondsverzekering van AnderZorg en die na beëindiging daarvan aansluitend weer in dezelfde premietariefgroep bij de Maatschappij willen toetreden, kunnen zonder medische selectie terugkeren. De verzekering gaat in op de dag, volgende op die van de beëindiging van de voorgaande ziekenfondsverzekering.

ARTIKEL 19 Herziening van voorwaarden, premies en/of eigen risico

19.1 De Maatschappij heeft het recht de Algemene Verzekeringsvoorwaarden, de Omvang van de Dekking (hierna tezamen verzekeringsvoorwaarden te noemen) de premies en/of de eigen risico's en bloc danwel regionaal en bloc of groepsgewijs - op een door de Maatschappij vast te stellen

datum - te herzien. Bij een (procentuele) premieverhoging zal de verhoging worden berekend over de op dat moment van toepassing zijnde premie. Bij een (procentuele) verhoging van het eigen risico zal de verhoging worden berekend over het op dat moment van toepassing zijnde eigen risico.

19.2 Ingeval de herziening de aanspraken voortvloeiend uit de verzekering beperkt en/of de premie en/of het eigen risico wordt verhoogd, dan heeft verzekeringnemer - met inachtneming van het gestelde in lid 19.3 en 19.4 - het recht de verzekering schriftelijk te beëindigen. Indien voornoemde beperking van de aanspraken en/of premieverhoging en/of eigen risicoverhoging alleen betrekking heeft op een of meer aanvullende verzekeringen, dan kunnen alleen deze aanvullende verzekeringen - met inachtneming van het gestelde in lid 19.3 en 19.4 - schriftelijk worden beëindigd en niet de hoofdverzekering.

19.3 Indien de Maatschappij vóór de 31ste dag na de datum van de mededeling over de voorgenomen beperking van de aanspraken, premieverhoging en/of eigen risicoverhoging geen schriftelijk bericht van verzekeringnemer heeft ontvangen dat deze niet akkoord is met de herziening, wordt de verzekering voortgezet volgens de nieuwe Algemene Verzekeringsvoorwaarden, de Omvang van de Dekking, de premie en/of het eigen risico.

19.4 De bevoegdheid tot beëindiging van de verzekering bestaat niet in de navolgende gevallen:

- a. bij een herziening van de verzekeringsvoorwaarden, de premie, wettelijke heffingen, eigen bijdragen en/of het eigen risico voortvloeiende uit wettelijke regelingen, wettelijke bepalingen en/of overheidsmaatregelen, waaronder begrepen een wijziging in de aanspraken krachtens de AWBZ;
- b. bij een herziening van de verzekeringsvoorwaarden, de premie en/of het eigen risico betrekking hebbende op het bereiken van een bepaalde leeftijdsgrens door verzekerde;
- c. indien de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden een verruiming dan wel een verbetering van de voorwaarden inhoudt.

19.5 De gewijzigde verzekeringsvoorwaarden en de verhoogde premies zijn ook van toepassing op de reeds gesloten verzekeringen.

19.6 De bedoelde wijzigingen laten de rechten en verplichtingen die zijn ontstaan voor de datum van ingang van de wijzigingen onverlet en kunnen noch tot meer noch tot minder rechten en verplichtingen leiden dan die bestonden tot aan het moment van de wijzigingen.

19.7 Indien er tijdens de duur van de verzekering wijzigingen optreden in UPT-coderingen, dan leiden deze niet tot beperking of uitbreiding van aanspraken op vergoedingen van verzekerde, zoals die golden voordat de wijzigingen zich hebben voorgedaan.

ARTIKEL 20 Collectief verzekerden

20.1 Indien op de verzekering collectieve verzekeringsvoorwaarden en/of collectieve premietarieven van toepassing zijn op basis van een tussen de Maatschappij en een belangenbehartiger van verzekeringnemer afgesloten collectieve zorgverzekeringsovereenkomst (bijvoorbeeld werkgever, personeelsvertegenwoordiging, vereniging, stichting, branche-organisatie of andere belangenbehartiger die belangen verzekeringnemer vertegenwoordigt), dan zijn eventueel overeengekomen afwijkende bepalingen in de collectieve zorgverzekeringsovereenkomst bepalend ten opzichte van de inhoud van deze Verzekeringsvoorwaarden. Verzekeringnemer is zelf niet individueel partij bij de collectieve zorgverzekeringsovereenkomst.

20.2 De verzekering van alle op de polis genoemde verzekerden wordt beëindigd vanaf het moment dat niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden om deel te nemen aan het collectief (bijvoorbeeld bij einde dienstverband). Als het dienstverband van verzekeringnemer wordt beëindigd ten gevolge

van arbeidsongeschiktheid of vervroegde uitdiensttreding, dan wordt de verzekering niet beëindigd maar tot de leeftijd van 65 jaar voortgezet, indien en voor zolang de collectieve zorgverzekeringsovereenkomst bij de Maatschappij wordt voortgezet en er geen recht op ziekenfondsverzekering ontstaat.

20.3 Indien de collectieve zorgverzekeringsovereenkomst door de Maatschappij of de belangenbehartiger wordt beëindigd, dan eindigt per de beëindigingsdatum van de collectieve zorgverzekeringsovereenkomst eveneens de met verzekeringnemer afgesloten verzekering. Een afzonderlijke individuele opzegging gericht aan verzekeringnemer is hiervoor niet vereist. Ingeval de belangenbehartiger bij een andere verzekeraar geen nieuwe collectieve zorgverzekeringsovereenkomst voor verzekeringnemer afsluit, kan verzekeringnemer een aanvraag indienen om zich op basis van medische selectie direct aansluitend bij de Maatschappij te verzekeren op basis van een individuele particuliere verzekering. Deze verzekering zal qua dekkingsomvang zoveel mogelijk overeenkomen met de beëindigde verzekering, hetgeen door de Maatschappij wordt beoordeeld, en tegen de op dat moment geldende premietarieven voor deze individuele particuliere verzekering. De aanvraag van verzekeringnemer dient uiterlijk 31 dagen na beëindiging van de verzekering door de Maatschappij te zijn ontvangen.

ARTIKEL 21 Niet voorziene gevallen

In alle gevallen, waarin deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden niet voorzien, beslist de Maatschappij.

ARTIKEL 22 Geschillen, klachten en rechtskeuze

22.1 Indien verzekerde zich niet met een beslissing van de Maatschappij kan verenigen dient hij de volgende regels in acht te nemen. Binnen zes weken nadat die beslissing aan hem is meegedeeld zal hij het geschil voorleggen aan de Maatschappij, ter attentie van de afdeling Klacht, Beroep en Bezwaar (KBB). De Maatschappij dient binnen zes weken nadat zij door verzekerde van het geschil op de hoogte is gesteld, daaromtrent te beslissen. Bij gebreke van een beslissing binnen de gestelde termijn wordt de oorspronkelijke beslissing geacht door de Maatschappij te zijn bevestigd. Het vorenstaande is eveneens van toepassing indien verzekerde klachten heeft over de totstandkoming en/of de uitvoering van de verzekering door de Maatschappij.

22.2 Verzekerde kan, nadat door de Maatschappij haar definitieve standpunt kenbaar is gemaakt of ingeval binnen een periode van zes weken na ontvangst van het geschil of de klacht de Maatschappij niet heeft gereageerd, het geschil of de klacht ter bemiddeling voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist. Verzekerde kan het geschil of de klacht ook voorleggen aan de bevoegde burgerlijke rechter.

22.3 Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

ARTIKEL 23 Slotbepaling

Deze Verzekeringsvoorwaarden treden in werking per 1 januari 2005.

ARTIKEL 24 Clausuleblad Terrorismedekking

bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT)

Op de verzekering is het clausuleblad van toepassing ten aanzien van het terrorisme risico zoals vastgesteld door de NHT van toepassing.

Omvang van de Dekking

Extra Zekerheid Pakket Basis

Deze aanvullende verzekering is aanvullend op de hoofdverzekeringen van de Maatschappij. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding zal uit worden gegaan van het bestaan van een hoofdverzekering bij de Maatschappij, ook indien een hoofdverzekering niet bestaat of elders is gesloten.

Machtiging: Voor de artikelen gemerkt met een * geldt dat uitsluitend recht op vergoeding bestaat wanneer door of namens verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk machtiging is gevraagd aan en verleend door de Maatschappij. Het verzoek om machtiging dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de huisarts of specialist. De maatschappij kan aan deze machtiging nadere voorwaarden verbinden.

ARTIKEL 1 Niet of buiten GVS-middelen (Geneesmiddelenvergoedingssysteem)

Mits op voorschrift van een arts, tandarts, tandartsspecialist of verloskundige worden tot maximaal € 113,- per verzekerde per kalenderjaar de kosten van geregistreerde geneesmiddelen vergoed die buiten het door de overheid vastgestelde Geneesmiddelen vergoedingssysteem (GVS) vallen en op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd.

Het voorgeschreven geneesmiddel dient te worden afgeleverd onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudende huisarts.

Niet vergoed worden de kosten van:

- homeopatische, antroposofische en fytotherapeutische middelen;
- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland;
- de eigen bijdrage, die krachtens het GVS-systeem wordt opgelegd;
- anticonceptiva.

ARTIKEL 2 Plaswekker

Op voorschrift van de behandelend arts wordt een plaswekker (inclusief twee sensorsbroekjes) geleverd door een door de Maatschappij gecontracteerde leverancier.

ARTIKEL 3 Therapeutische hulp

3.1 Camouflagetherapie

Mits op voorschrift van de specialist en indien de behandeling geschiedt door een door de Maatschappij erkende zorgaanbieder, bestaat na voorafgaande schriftelijke toestemming van de Maatschappij recht op een éénmalige vergoeding van camouflagetherapie. De vergoeding bedraagt 80% van de kosten tot maximaal € 363,- per verzekerde gedurende de gehele verzekeringsduur, indien verzekerde sterk ontsierende littekens of ontsierende huidvlekken in het gelaat en hals heeft. In de vergoeding zijn tevens inbegrepen de kosten van de lessen, alsmede de voor de lessen noodzakelijke pasta's, crèmes en poeders.

3.2 Podotherapie

Op voorschrift van de huisarts of specialist vergoedt de Maatschappij éénmaal per 12 maanden 80% van de kosten van consult, onderzoek en/of behandeling door een podotherapeut met een maximum van € 68,- per persoon.

Niet vergoed worden de behandelingen die ook verricht kunnen worden door een pedicure, behalve ingeval van diabetes mellitus (suikerziekte).

3.3 Elektrische epilatie

Mits de kosten per vrouwelijke verzekerde meer dan € 182,- per 12 maanden bedragen en hierbij vooraf toestemming door de Maatschappij is gegeven en de behandeling geschiedt op voorschrift van de huisarts of specialist waaruit duidelijk de medische noodzaak blijkt, vergoedt de Maatschappij 80% van de kosten van elektrische epilatie, met een maximum van € 908,- voor de gehele duur van de verzekering.

ARTIKEL 4 Diëtist

Op verwijzing van de huisarts of specialist worden de consulten bij een diëtist(e) vergoed. De maximale vergoeding bedraagt € 68,- per verzekerde per kalenderjaar.

ARTIKEL 5 Bezoekkostenregeling ziekenhuis

Indien een verzekerde in een ziekenhuis is opgenomen, wordt in verband met ziekenbezoek een bijdrage verstrekt in de voor rekening van een op deze polis meeverzekerd familielid komende kosten van vervoer, met inachtneming van de navolgende bepalingen:

- a. de bijdrage wordt uitsluitend verleend na voorafgaande schriftelijke toestemming van de Maatschappij
- b. het gezinslid is opgenomen in een in Nederland door de bevoegde overheidsinstantie erkende instelling, welke is gelegen op een afstand van minimaal 30 kilometer en maximaal 100 kilometer (over de weg) van het woonadres van het betrokken gezinslid. De afstand tussen de instelling en het woonadres wordt gerekend over de kortste weg
- c. indien van de eigen auto gebruik wordt gemaakt, verstrekt de Maatschappij ongeacht het aantal inzittenden een bijdrage op basis van € 0,20 per gereden kilometer
- d. ingeval verzekerde van het openbaar vervoer gebruik maakt, wordt door de Maatschappij bij het overleggen van een geldig vervoersbewijs voor maximaal twee gezinsleden een bijdrage verstrekt. Uit de datum en de bestemming van dit bewijs moet duidelijk kunnen worden opgemaakt, dat de kosten van het vervoer verband houden met het ziekenbezoek aan het gezinslid
- e. de in lid c. en d. genoemde bijdragen worden verleend tot ten hoogste 3 bezoeken per patiënt per opname voor maximaal twee ziekenhuisopnamen per kalenderjaar
- f. bij een aaneengesloten verblijf van 365 dagen in een instelling als bedoeld in lid b, wordt de bijdrage voor het vervoer gemaximeerd op basis van 12 bezoeken gedurende het eerste jaar van het verblijf in de instelling.

ARTIKEL 6 Tandheelkundige kosten die rechtstreeks verband houden met een ongeval

Ingeval van een ongeval vergoedt de Maatschappij de hierop betrekking hebbende tandheelkundige kosten tot ten hoogste € 227,- per gebeurtenis, mits deze kosten niet te verhalen zijn op (aansprakelijke) derden en/of andere verzekeringen en/of hiervoor bestaande voorzieningen, al dan niet van oudere datum.

Per 12 maanden wordt terzake van één ongeval vergoeding verleend, waarbij de 12-maanden periode ingaat op de datum van het ongeval.

ARTIKEL 7 Fysiotherapie

De kosten van behandeling - op voorschrift van de huisarts of specialist - door:

- a. een fysiotherapeut waarmee de Maatschappij een overeenkomst gesloten heeft;
- b. oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck;
- c. kinderfysiotherapie door een kinderfysiotherapeut, verleend aan kinderen tot 18 jaar;
- d. behandeling door een manuele therapeut, waarbij de vergoeding maximaal het CTG-tarief voor een zitting oefentherapie Cesar/mensendieck bedraagt;

Er komen maximaal 9 behandelingen voor vergoeding in aanmerking.

Bij behandeling door een therapeut die geen overeenkomst met de Maatschappij heeft gesloten geldt dat declaratieverkeer plaats vindt op restitutiebasis, dus tussen verzekerde en de Maatschappij. Verder geldt er een maximum vergoeding van:

- € 21,00 voor een reguliere zitting
- € 31,70 voor een specialistische zitting
- € 10,20 aan huistoelage
- € 4,90 inrichtingtoelage
- € 42,20 voor een onderzoek (eenmalig)

ARTIKEL 8 Spoedeisende behandeling bij verblijf in het buitenland

8.1.1 Vergoed worden de kosten van medisch noodzakelijke, spoedeisende en bij vertrek niet voorziene geneeskundige hulp gedurende tijdelijk verblijf van ten hoogste zes maanden in het buitenland met inachtneming van het gestelde in lid 1.2 van dit artikel. Ingeval van een ziekenhuisopname wordt de vergoeding beperkt tot maximaal 365 verpleegdagen per ziektegeval.

8.1.2 Bij medische behandeling tijdens verblijf in de landen buiten de EU/EER, niet zijnde verdragslanden, wordt een bedrag uitgekeerd, zijnde maximaal 200% van de kosten, die bij soortgelijke behandeling in Nederland krachtens de Ziekenfondswet zouden zijn vergoed.

8.1.3 De kosten van zorgverlening uitgevoerd door de Alarmcentrale in verband met vervoer, medische begeleiding, toezending van medicijnen en/of kunst- en hulpmiddelen, worden volledig vergoed op basis van kostprijs.

8.1.4 Vergoeding van de in het buitenland gemaakte kosten geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel tegen de wisselkoers die bij de Nederlandsche Bank gold op de dag, waarop de behandeling in het buitenland plaatsvond.

Uitgesloten van deze dekking is de reis en het verblijf in het buitenland op basis van detachering, uitzending, stage, studie of uitzending door een vrijwilligers- of zendingsorganisatie.

8.2 Voorwaarden voor de buitenlanddekking:

- a. De zorgverlening dient een spoedeisend karakter te hebben en kan niet worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland.
- b. De zorgverlening mag niet het gevolg zijn van de vooropgezette bedoeling om een behandeling te ondergaan.
- c. Bij vertrek naar het buitenland was behandeling niet te voorzien.
- d. De zorgverlening is door of na goedkeuring van de Alarmcentrale, ten deze handelend namens de Maatschappij, tot stand gekomen. Deze goedkeuring is niet vereist voor huisarts hulp, apothekers hulp en, voor zover onder de dekking vallend, tandheelkundige hulp.
- e. De verzekerde of een namens hem handelende derde heeft zo spoedig mogelijk nadat de behoefte aan hulp is geconstateerd, de Alarmcentrale, telefoon: +31 (0)50-523 47 90, ingeschakeld.
- f. De vergoeding van kosten vallend onder de buitenlanddekking vindt uitsluitend plaats tegen inlevering van de originele en gespecificeerde nota's. De originele nota moet op een zodanige wijze gespecificeerd en gewaarmerkt (handtekening en naamstempel van arts) zijn, dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de Maatschappij is houden. Op verzoek van de Maatschappij dienen betalingsbewijzen te worden overhandigd. Indien hier niet aan wordt voldaan, kan de Maatschappij weigeren tot betaling over te gaan.
- g. Er bestaat geen dekking indien de ziekenfondsverzekering van verzekerde bestaat op basis van een vrijwillige overbrugging en verzekerde in een niet-verdragsland overeenkomstig de Ziekenfondswet verblijft.
- h. Reddingskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

8.3 Om voor uitkering in aanmerking te komen, moet verzekerde op verzoek van de Maatschappij een verklaring overleggen van de behandelend arts ten behoeve van de medisch adviseur, waaruit blijkt, dat en waarom de opname en/of behandeling medisch noodzakelijk en spoedeisend werd geacht.

ARTIKEL 9 Zelfstandig BehandelCentrum (privé-kliniek)

Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt de Maatschappij de kosten van behandeling in een ZBC in Nederland.

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de Maatschappij op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door haar goed te keuren behandelingsplan, vooraf schriftelijk toestemming heeft gegeven, én
- de behandeling in dagverpleging plaatsvindt.

Vergoed worden de kosten voor medisch-specialistische hulp in rekening gebracht door het zelfstandig behandelcentrum door middel van het DBC-tarief. Indien de Maatschappij met het zelfstandig behandelcentrum een tarief is overeengekomen, wordt dit tarief vergoed. Als geen tarief is overeengekomen, wordt het tarief vergoed dat door het zelfstandig behandelcentrum in rekening wordt gebracht.

Omvang van de Dekking

Extra Zekerheid Pakket Uitgebreid

Deze aanvullende verzekering is aanvullend op de hoofdverzekeringen van de Maatschappij. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding zal uit worden gegaan van het bestaan van een hoofdverzekering bij de Maatschappij, ook indien een hoofdverzekering niet bestaat of elders is gesloten.

Machtiging: Voor de artikelen gemerkt met een * geldt dat uitsluitend recht op vergoeding bestaat wanneer door of namens verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk machtiging is gevraagd aan en verleend door de Maatschappij. Het verzoek om machtiging dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de huisarts of specialist. De maatschappij kan aan deze machtiging nadere voorwaarden verbinden.

ARTIKEL 1 Niet of buiten GVS-middelen (Geneesmiddelenvergoedingssysteem)

Mits op voorschrift van een arts, tandarts, tandartspecialist of verloskundige worden tot maximaal € 227,- per verzekerde per kalenderjaar de kosten van geregistreerde geneesmiddelen vergoed die buiten het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) vallen en op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd.

Het voorgeschreven geneesmiddel dient te worden afgeleverd onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudende huisarts.

Niet vergoed worden de kosten van:

- homeopatische, antroposofische en fytotherapeutische middelen;
- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland;
- de eigen bijdrage, die krachtens het GVS-systeem wordt opgelegd;
- anticonceptiva.

ARTIKEL 2 Plaswekker

Op voorschrift van de behandelend arts wordt een plaswekker (inclusief twee sensorsbroekjes) geleverd door een door de Maatschappij gecontracteerde leverancier.

ARTIKEL 3 Therapeutische hulp

3.1 Huidtherapie

Mits op voorschrift van de specialist en indien de behandeling geschiedt door een door de Maatschappij erkende zorgaanbieder, bestaat na voorafgaande schriftelijke toestemming van de Maatschappij recht op de volgende vergoedingen:

a. camouflagetherapie

Een éénmalige vergoeding per verzekerde tot maximaal € 454,-, indien de verzekerde sterk ontzierende littekens of ontzierende huidvlekken in het gelaat en hals heeft. In de vergoeding zijn tevens inbegrepen de kosten van de lessen, alsmede de voor de lessen noodzakelijke pasta's, crèmes en poeders.

b. lymfedrainage

Per verzekerde wordt maximaal € 34,- per behandeling vergoed met een maximum aantal van 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

c. acné-behandeling

Per verzekerde wordt éénmalig een vergoeding verleend van de in rekening gebrachte kosten in verband met acné-behandeling tot maximaal € 182,- voor de gehele verzekeringsduur.

3.2 Podotherapie

Op voorschrift van de huisarts of specialist worden éénmaal per 12 maanden de kosten vergoed van consult, onderzoek of behandeling door een podotherapeut. Voorgescreven prothesen worden vergoed conform artikel 16 van de "Omvang van de Dekking".

Niet vergoed worden behandelingen die ook verricht kunnen worden door een pedicure, behalve in geval van Diabetes Mellitus (suikerziekte).

3.3 Elektrische epilatie

Mits de kosten per vrouwelijke verzekerde meer dan € 182,- per 12 maanden bedragen en hierbij vooraf toestemming door de Maatschappij is gegeven en de behandeling geschiedt op voorschrift van de huisarts of specialist waaruit duidelijk de medische noodzaak blijkt, vergoedt de Maatschappij de kosten van elektrische epilatie, met een maximum van € 1.134,- voor de gehele duur van de verzekering.

3.4 Stottertherapie

Op voorschrift van de huisarts of specialist worden vergoed de kosten van stottertherapie volgens de stotterbehandelings-methode van het Del Ferro Instituut. De vergoeding hiervoor bedraagt 100% met een maximum van € 454,- per verzekerde per kalenderjaar. Mits en zolang recht op vergoeding bestaat voor stottertherapie worden tevens de kosten van een eventueel verblijf in het instituut, alwaar de stottertherapie wordt gegeven, volledig door de Maatschappij vergoed.

3.5 Psoriasisbehandeling

Na verwijzing van de huisarts of dermatoloog en na voorafgaande schriftelijke toestemming van de Maatschappij wordt vergoeding van de kosten verleend voor behandeling in een in Nederland gevestigd psoriasisdagbehandelingscentrum. De vergoeding bedraagt 80% van de kosten met een maximum van € 454,- per verzekerde per 12 maanden. Geen uitkering wordt gedaan voor de reiskosten naar en van de plaats alwaar de behandeling plaatsvindt. Bij UVB-thuisbelichting vergoedt de Maatschappij 80% van de huurkosten met een maximum van € 227,- per kalenderjaar. Indien de verzekerde besluit tot aankoop van de apparatuur vergoedt de Maatschappij éénmalig per 60 maanden vanaf aankoop € 454,- onder aftrek van de reeds uitgekeerde huurkosten.

ARTIKEL 4 Diëtist

Op verwijzing van de huisarts of specialist worden de consulten bij een diëtist(e) vergoed. De maximale vergoeding bedraagt € 129,- per verzekerde per kalenderjaar.

ARTIKEL 5 Bezoekkostenregeling ziekenhuis

Indien een verzekerde in een ziekenhuis is opgenomen, wordt in verband met ziekenbezoek een bijdrage verstrekt in de voor rekening van een op deze polis meeverzekerd familielid komende kosten van vervoer, met inachtneming van de navolgende bepalingen:

- a. de bijdrage wordt uitsluitend verleend na voorafgaande schriftelijke toestemming van de Maatschappij
- b. het gezinslid is opgenomen in een in Nederland door de bevoegde overheidsinstantie erkende instelling, welke is gelegen op een afstand van minimaal 30 kilometer en maximaal 100 kilometer (over de weg) van het woonadres van het betrokken gezinslid. De afstand tussen de instelling en het woonadres wordt gerekend over de kortste weg
- c. indien van de eigen auto gebruik wordt gemaakt, verstrekt de Maatschappij ongeacht het aantal inzittenden een bijdrage op basis van € 0,20 per gereden kilometer
- d. in geval verzekerde van het openbaar vervoer gebruik maakt, wordt door de Maatschappij bij het overleggen van een geldig vervoersbewijs voor maximaal twee gezinsleden een bijdrage verstrekt

- Uit de datum en de bestemming van dit bewijs moet duidelijk kunnen worden opgemaakt, dat de kosten van het vervoer verband houden met het ziekenbezoek aan het gezinslid
- e. de in lid c. en d. genoemde bijdragen worden verleend tot ten hoogste 3 bezoeken per patiënt per opname voor maximaal twee ziekenhuisopnamen per kalenderjaar
 - f. bij een aaneengesloten verblijf van 365 dagen in een instelling als bedoeld in lid b, wordt de bijdrage voor het vervoer gemaximeerd op basis van 12 bezoeken gedurende het eerste jaar van het verblijf in de instelling.

ARTIKEL 6 Tandheelkundige hulp

6.1 Tandheelkundige hulp inzake stifttanden, kronen en dummy's

Ingeval van tandheelkundige behandeling kan verzekerde uitsluitend na voorafgaande schriftelijke toestemming van de Maatschappij aanspraak maken op de vergoeding van kosten voor stifttanden, kronen en dummy's. De vergoeding bedraagt maximaal € 159,- per element tot een maximum van € 454,- per drie jaar.

6.2 Tandheelkundige-prothetische hulp

Ingeval van tandheelkundige-prothetische hulp kan verzekerde éénmaal per vijf jaar aanspraak maken op een bijdrage in de kosten voor een gebitsprothese, die is geleverd door een tandarts/tandprotheticus. De hoogte van de vergoeding bedraagt respectievelijk € 159,- voor een volledige prothese (P30), € 91,- voor een onder- (P25) en € 68,- voor een bovenprothese (P21).

6.3 Voor de in artikel 6.1 en 6.2 genoemde verstrekkingen geldt een wachtermijn van één jaar, gerekend vanaf de ingangsdatum van deze verzekering. Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van reparatie(s).

6.4 Tandheelkundige kosten die rechtstreeks verband houden met een ongeval

In geval van een ongeval vergoedt de Maatschappij de hierop betrekking hebbende tandheelkundige kosten tot ten hoogste € 454,- per verzekerde per gebeurtenis, mits deze kosten niet te verhalen zijn op (aansprakelijke) derden en/of andere verzekeringen en/of hiervoor bestaande voorzieningen, al dan niet van oudere datum. Per 12 maanden wordt terzake van één ongeval vergoeding verleend, waarbij de 12-maanden periode ingaat op de datum van het ongeval.

ARTIKEL 7 Fysiotherapie

De kosten van behandeling - op voorschrift van de huisarts of specialist - door:

- a. een fysiotherapeut waarmee de Maatschappij een overeenkomst gesloten heeft;
- b. oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck;
- c. kinderfysiotherapie door een kinderfysiotherapeut, verleend aan kinderen tot 18 jaar;
- d. behandeling door een manuele therapeut, waarbij de vergoeding maximaal het CTG-tarief voor een zitting oefentherapie Cesar/Mensendieck bedraagt.

Bij behandeling door een therapeut die geen overeenkomst met de Maatschappij heeft gesloten geldt dat declaratieverkeer plaats vindt op restitutiebasis, dus tussen verzekerde en de Maatschappij. Verder geldt er een maximum vergoeding van:

- € 21,00 voor een reguliere zitting
- € 31,70 voor een specialistische zitting
- € 10,20 aan huistoelag
- € 4,90 inrichtingtoelag
- € 42,20 voor een onderzoek (eenmalig)

ARTIKEL 8 Spoedeisende behandeling bij verblijf in het buitenland

8.1.1 Vergoed worden de kosten van medisch noodzakelijke, spoedeisende en bij vertrek niet voorziene geneeskundige hulp gedurende tijdelijk verblijf van ten hoogste zes maanden in het buitenland met inachtneming van het gestelde in lid 1.2 van dit artikel. Ingeval van een ziekenhuisopname wordt de vergoeding beperkt tot maximaal 365 verpleegdagen per ziektegeval.

8.1.2 Bij medische behandeling tijdens verblijf in de landen buiten Europa wordt een bedrag uitgekeerd, zijnde maximaal 200% van de kosten, die bij soortgelijke behandeling in Nederland krachtens de ZFW zouden zijn vergoed.

8.1.3 De kosten van zorgverlening uitgevoerd door de Alarmcentrale in verband met vervoer, medische begeleiding, toezending van medicijnen en/of kunst- en hulpmiddelen, worden volledig vergoed op basis van kostprijs.

8.1.4 Vergoeding van de in het buitenland gemaakte kosten geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel tegen de wisselkoers die bij de Nederlandsche Bank gold op de dag, waarop de behandeling in het buitenland plaatsvond.

Uitgesloten van deze dekking is de reis en het verblijf in het buitenland op basis van detachering, uitzending, stage, studie of uitzending door een vrijwilligers- of zendingsorganisatie.

8.2 Voorwaarden voor de buitenlanddekking:

- a. De zorgverlening dient een spoedeisend karakter te hebben en kan niet worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland.
- b. De zorgverlening mag niet het gevolg zijn van de vooropgezette bedoeling om een behandeling te ondergaan.
- c. Bij vertrek naar het buitenland was behandeling niet te voorzien.
- d. De zorgverlening is door of na goedkeuring van de Alarmcentrale, ten deze handelend namens de Maatschappij, tot stand gekomen. Deze goedkeuring is niet vereist voor huisartshulp, apothekershulp en, voor zover onder de dekking vallend, tandheelkundige hulp.
- e. De verzekerde of een namens hem handelende derde heeft zo spoedig mogelijk nadat de behoefte aan hulp is geconstateerd, de Alarmcentrale, telefoon: + 31 (0)50 - 523 47 90, ingeschakeld.
- f. De vergoeding van kosten vallend onder de buitenlanddekking vindt uitsluitend plaats tegen inlevering van de originele en gespecificeerde nota's. De originele nota moet op een zodanige wijze gespecificeerd en gewaarmerkt (handtekening en naamstempel van arts) zijn, dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de Maatschappij is houden. Op verzoek van de Maatschappij dienen betalingsbewijzen te worden overhandigd. Indien hier niet aan wordt voldaan, kan de Maatschappij weigeren tot betaling over te gaan.
- g. Er bestaat geen dekking indien de ziekenfondsverzekering van verzekerde bestaat op basis van een vrijwillige overbrugging en verzekerde in een niet-verdragsland overeenkomstig de Ziekenfondswet verblijft.
- h. Reddingskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking

8.3 Om voor uitkering in aanmerking te komen, moet verzekerde op verzoek van de Maatschappij een verklaring overleggen van de behandelend arts ten behoeve van de medisch adviseur, waaruit blijkt, dat en waarom de opname en/of behandeling medisch noodzakelijk en spoedeisend werd geacht.

ARTIKEL 9 Zelfstandig BehandelCentrum (privé-kliniek)

Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt de Maatschappij de kosten van behandeling in een ZBC in Nederland. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de Maatschappij op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door haar goed te keuren behandelingsplan, vooraf schriftelijk toestemming heeft gegeven, én
- de behandeling in dagverpleging plaatsvindt.

Vergoed worden de kosten voor medisch-specialistische hulp in rekening gebracht door het zelfstandig behandelcentrum door middel van het DBC-tarief. Indien de Maatschappij met het zelfstandig behandelcentrum een tarief is overeengekomen, wordt dit tarief vergoed. Als geen tarief is overeengekomen, wordt het tarief vergoed dat door het zelfstandig behandelcentrum in rekening wordt gebracht.

ARTIKEL 10 Gezinshulp/prenatale hulp

Uitsluitend na voorafgaande schriftelijke toestemming van de Maatschappij wordt maximaal € 4,50 per uur voor de kosten van gezinshulp tot ten hoogste € 681,- per kalenderjaar per polis vergoed. Voor gezinshulp indien:

- deze hulp aansluit en rechtstreeks verband houdt met een voorafgaande ziekenhuisopname van tenminste zeven dagen van verzekerde, én
- de gezinshulp door een erkende instelling wordt verleend, én
- de medische noodzaak voor gezinshulp kan worden aangetoond.

Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van gezinshulp, indien de opname verband houdt met een bevalling.

Voor prenatale hulp indien:

- een ziekenhuisopname van een verzekerde in verband met dreigende vroeggeboorte vanaf de 28ste week tot 2 weken vóór de uitgerkende bevallingsdatum kan worden voorkomen, kan verzekerde aanspraak maken op prenatale hulp in de thuissituatie onder begeleiding van een verloskundige en gynaecoloog.

Vergoeding kan alleen plaatsvinden, indien daartoe vooraf schriftelijk toestemming is verkregen van de Maatschappij naar aanleiding van een door de behandelend gynaecoloog ingediend verzoek met medische indicatie, én

- de gezinshulp door een erkende instelling wordt verleend.

ARTIKEL 11 Brilmontuur en glazen of contactlenzen

11.1 Voor de aanschaf van een brilmontuur en glazen of contactlenzen verstrekt de Maatschappij ten hoogste éénmaal per drie jaar per verzekerde een bijdrage van maximaal € 45,- voor een brilmontuur en € 45,- per glas (maximaal twee glazen) òf éénmaal per drie jaar tot een maximum van € 135,- voor contactlenzen. Contactlensvloeistof komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Voor de in dit lid genoemde verstrekkingen geldt een wachttijd van 1 jaar, gerekend vanaf de datum van inschrijving in deze verzekering.

11.2 Wanneer voor kinderen tot 16 jaar tussentijdse vervanging van brillenglazen op advies van de oogarts in verband met verandering van oogsterkte noodzakelijk is, worden de kosten vergoed conform de bedragen, genoemd in lid 1 van dit artikel.

ARTIKEL 12 Ronald McDonald Huis

Vergoed worden de kosten van verblijf in een Ronald McDonald Huis van de verzekerde verzorgende(n)/ouder(s) in verband met een in het ziekenhuis opgenomen meeverzekerd kind.

ARTIKEL 13 Verblijf in herstellingsoorden

Voor het verblijf in herstellingsoorden wordt inzake de werkelijke kosten van verpleging door de Maatschappij éénmaal per vijf jaar per verzekerde een vergoeding verleend van € 45,- per dag,

doch met een maximale vergoeding van € 1134,-. De herstellingsoorden die onder deze regeling vallen staan in de Begripsomschrijving vermeld.

Bovengenoemde vergoeding wordt uitsluitend verleend, indien de opname in het herstellingsoord door de behandelend arts is voorgeschreven en na voorafgaande toestemming van de Maatschappij. Er vindt geen vergoeding plaats voor het verblijf in een drugs- en/of alcoholkliniek.

ARTIKEL 14 Therapeutisch kamp voor astmatische kinderen

Door de Maatschappij wordt een bijdrage verstrekt in de verblijfskosten van een therapeutisch kamp voor astmatische jongeren, wanneer verzekerde jonger is dan 17 jaar. De hoogte van de vergoeding bedraagt € 6,- per dag gedurende ten hoogste 42 dagen per kalenderjaar. Recht op vergoeding bestaat uitsluitend, indien de Maatschappij op een daartoe strekkend verzoek vooraf schriftelijk toestemming heeft gegeven. Het verzoek dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de huisarts of specialist.

ARTIKEL 15 Sport Medisch Adviescentrum (SMA)

Een vergoeding van maximaal € 50,- per verzekerde per kalenderjaar van de kosten van consulten/behandelingen bij sportblessures.

ARTIKEL 16 Orthopedische Steunzolen/inlays/push-brace

Mits op medisch advies van de (huis)arts voor lid a. en b. of van de podotherapeut voor lid a. worden per verzekerde vergoed:

- a. de kosten van één paar orthopedische steunzolen of inlays, geleverd door een bij Orthobanda ingeschreven Orthopedische Schoenmakerij of Orthopedische Instrumentmakerij tot ten hoogste éénmaal per twee jaar
- b. de kosten van een push-brace voor enkel, knie of elleboog tot ten hoogste één brace per drie jaar.

ARTIKEL 17 Buitenlandpreventiepakket/preventieve geneeskunde

17.1 Bij tijdelijk verblijf van een verzekerde in het buitenland wordt voor risicovolle landen een buitenlandpreventiepakket verstrekt. Dit pakket bevat onder meer een bloedtransfusieset, steriele spuiten, naalden en handschoenen. De aanvraag voor verstrekking dient vooraf te geschieden, waarbij door de Maatschappij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

17.2 Vergoed worden de kosten van onderzoek of behandeling door de huisarts of specialist voor:

- onderzoek van hart en bloedvaten (maximaal 1 maal per twee jaar)
- borstkanker- en baarmoederhalskankeronderzoek (uitstrijkje)
- anti-griepvirus injectie.

17.3 Vergoed worden de kosten van preventieve geneesmiddelen ten behoeve van tijdelijk verblijf in het buitenland tot een maximum van € 68,- per verzekerde per kalenderjaar.

ARTIKEL 18 Eigen bijdrage hulpmiddelen

Indien de aanschafprijs van een verstrekking en/of voorziening onder aftrek van de eigen bijdrage(n) uit hoofde van de Regeling Hulpmiddelen hoger is dan de maximale vergoeding, wordt het verschil op basis van 50% met een maximum van € 227,- per verzekerde per kalenderjaar vergoed. Deze regeling geldt niet voor pruiken en gebitsprothesen.

ARTIKEL 19 Orthopedagogische hulp

Mits op voorschrift van de huisarts of specialist worden de kosten van consulten of behandelingen vergoed, toegepast door een van overheidswege erkende orthopedagoog die aangesloten is bij de Nederlandse Vereniging van Orthopedagogen. De maximale vergoeding bedraagt € 680,- per verzekerde per kalenderjaar. De kosten van remedial teaching vallen niet onder dit artikel en zijn van vergoeding uitgesloten.

ARTIKEL 20 Psychologische hulpverlening

De kosten van consulten of kortdurende behandelingen door een Eerstelijnspsycholoog of GZ-psycholoog tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar voor alle consulten en behandelingen tezamen. Er wordt geen vergoeding verleend als er gelijktijdig een AWBZ-gefinancierde therapie plaatsvindt. Per zitting is een eigen bijdrage van € 9,- verschuldigd. De eigen bijdragen die krachtens de AWBZ worden opgelegd bij psychiatrische hulp vallen niet onder dit artikel en zijn van vergoeding uitgesloten.

ARTIKEL 21 Kraamzorg/verloskamer

21.1 De Maatschappij vergoedt per bevalling maximaal € 340,- voor de gezamenlijke kosten van:

- een poliklinische bevalling (niet medisch geïndiceerd) in een ziekenhuis voor het gebruik van de verloskamer, én
- de eigen bijdrage van kraamzorg.

21.2 De Maatschappij verstrekt een op voorschrift van een door de Maatschappij erkende instelling samengesteld medische kraampakket.

ARTIKEL 22 Hulpmiddelen

Na voorafgaande schriftelijke toestemming van de Maatschappij en na overschrijding van de maximum uitleentermijn van zes maanden van de thuiszorgorganisatie, bestaat de mogelijkheid tot een tegemoetkoming van de huurkosten van hulpmiddelen in de thuissituatie.

Alvorens toestemming wordt verleend, wordt eerst gekeken naar de redelijkheid van de aanvraag en kan de Maatschappij nadere voorwaarden stellen, zoals het soort hulpmiddel, de hoogte van de tegemoetkoming en de maximum duur van de huurperiode.

ARTIKEL 23 * Invitrofertilisatiebehandeling (IVF) en intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI) behandeling

Bij een medische indicatie komen de kosten van de eerste IVF- of ICSI-behandeling voor vergoeding in aanmerking. Er geldt een eigen bijdrage van € 363,-. Er dienen voorafgaand aan een eerste IVF/ICSI-behandeling, indien op medische gronden mogelijk, I.U.I. of O.I. behandelingen te hebben plaatsgevonden. Als, na voorafgaande fertiliteitbehandelingen en drie IVF/ICSI-behandelingen, geen zwangerschap tot stand is gekomen, worden eventuele vervolgbehandelingen en medicatie niet vergoed.

ARTIKEL 24 * Intra Uterine Inseminatie (IUI) en Ovulatie Inductie (OI) behandelingen

Bij een medische indicatie komen de kosten van maximaal 6 IUI en/of OI behandelingen voor vergoeding in aanmerking.

ARTIKEL 25 * Medicatie fertiliteitbehandelingen

Bij een medische indicatie komen de kosten van de medicijnen, waaronder hormoonpreparaten, en geleverd door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudend huisarts, voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding bedraagt:

- maximaal € 1.320,- voor IVF/ICSI per poging
- maximaal € 400,- voor OI per poging
- maximaal € 280,- voor IUI per poging

ARTIKEL 26* Sterilisatie

De kosten van sterilisatie door een specialist op verwijzing van een huisarts. De kosten van het ongedaan maken van een kunstmatig tot stand gebrachte onvruchtbaarheid (steriliteit) worden niet vergoed.

ARTIKEL 27 Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder

De pil, een nuvaring of een pessarium wordt vergoed tot maximaal € 55,- per verzekerde per kalenderjaar (inclusief aflevering, exclusief eventuele GVS bijbetalingen). Implanon wordt eenmaal per verzekerde per 3 kalenderjaren vergoed (inclusief plaatsing door huisarts of specialist). Voor een spiraal (koper of mirena) geldt een vergoeding eenmaal per verzekerde per 4 kalenderjaren (hulpmiddel en medicijn en inclusief aflevering en plaatsing door huisarts of Centrum voor Seksuele Gezondheid, Stimezo/Rutgers). Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing.

