

AnderZorg Aanvullende Verzekering AV Plus

Ingaande 1 januari 2004

Inhoudsopgave

Artikelnummer

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

Begripsomschrijvingen	1
Bijzondere Aanspraken	2
Uitsluitingen	3
Algemeen	4
Opname in een hogere of lagere klasse	5
Opname of behandeling	6
Indiening en vergoeding van nota's	7
Eigen risico/maxima per kalenderjaar	8
Premiebetaling, opschorting, beëindiging, premierestitutie	9
Meldingsplicht met betrekking tot wijzigingen	10
Ingang, duur en einde van de verzekering	11
Herziening van voorwaarden, premies en/of eigen risico	12
Niet voorziene gevallen	13
Geschillen, klachten en rechtskeuze	14
Slotbepalingen	15
Clausuleblad terrorismedekking	16

Omvang van de Dekking

(Poli)klinische zorg	1
Niet (poli)klinische zorg	2
Farmaceutische zorg/hulpmiddelen	3
Zwangerschap	4
Alternatieve Geneeswijzen	5
Specifieke aandoeningen	6
Buitenlanddekking	7
Tandheelkundige hulp	8
Overigen	9

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

ARTIKEL 1 Begripsomschrijvingen

1.1 Acupuncturist: Een in Nederland gevestigde acupuncturist die is aangesloten bij de Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV), de Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde (ZHONG), de Nederlandse Vereniging van Acupunctuur (NVA), het Nederlandse Genootschap van Acupunctuur (NGVA), de Nederlandse Werkgroep Praktizijns (NWP) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van de Maatschappij en op grond daarvan door de Maatschappij als zodanig is erkend.

1.2 Antroposofisch arts: Een in Nederland gevestigde arts die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA) of een daartoe bevoegde arts, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van de Maatschappij en op grond daarvan door de Maatschappij als zodanig is erkend.

1.3 Apotheker: 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.

1.4 Arts: Een in Nederland gevestigde arts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

1.5 Audiologische hulp: Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

1.6 AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

1.7 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.

1.8 Centrum voor erfelijkheidsonderzoek: Een in Nederland gelegen instelling die conform de bij wet gestelde regels is toegelaten voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

1.9 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.

1.10 Chiropractor: Een in Nederland gevestigde chiropractor, die is aangesloten bij de Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA) of die staat geregistreerd bij de Stichting Chiropractie Nederland (SCN) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van de Maatschappij en op grond daarvan door de Maatschappij als zodanig is erkend.

1.11 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.

1.12 Dekking: De in de Omvang van de Dekking genoemde en verzekerde vergoedingen en verstrekingen.

1.13 Diëtist: Een in Nederland vrijgevestigde diëtist die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

1.14 Drogist: Een in Nederland gevestigde drogist in het bezit van:

- a. het Vakdiploma drogist van de Stichting Pharmacon;
- b. een geneesmiddelenvergunning afgegeven door het terzake bevoegde Ministerie.

1.15 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.

1.16 Eigen bijdrage: De bijdrage, die naast de vergoeding krachtens de verzekering, door verzekerde zelf verschuldigd is.

1.17 Ergotherapeut: Een in Nederland gevestigd ergotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

1.18 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.

1.19 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.

1.20 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.

1.21 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.

1.22 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.

1.23 GVS: Geneesmiddelenvergoedingssysteem.

1.24 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 Wiltzangk' te Bilthoven, 'De Hezenberg' te Hattem 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.

1.25 Homeopaat: Een in Nederland gevestigde homeopaat die is aangesloten bij de Artsenvereniging ter Bevordering van de Natuurlijke Geneeswijzen (ABNG), Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland (VHAN), Nederlandse Vereniging van Klassieke Homeopaten (NVKH), de Nederlandse Werkgroep Praktizijns (NWP), de Nederlandse Organisatie van Klassieke Homeopaten (NOKH), de Vereniging Beter Natuurlijk (VBN) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van de Maatschappij en op grond daarvan door de Maatschappij als zodanig is erkend.

1.26 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.

1.27 Huidtherapeut: Een in Nederland gevestigde huidtherapeut die in het bezit is van het diploma huidtherapeut van de hogeschool van Utrecht of Eindhoven 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.

1.28 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 Nederlandsche 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.

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

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

1.31 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.

1.32 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 een door de Vereniging Vrijgevestigde Fysiotherapeuten (VVF) en de Contactcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen van Zorgverzekeraars Nederland (ZN/KPZ) aangewezen register.

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

1.34 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.

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

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

1.37 Maatschappij: Ziektekosten Verzekeringsmaatschappij AnderZorg N.V.

1.38 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.

1.39 Manueel arts: Een in Nederland gevestigde arts die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde (NVAMG) of een daartoe bevoegde arts, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van de Maatschappij en op grond daarvan door de Maatschappij als zodanig is erkend.

1.40 Manueel therapeut: 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 een door de Vereniging Vrijgevestigde Fysiotherapeuten (VVF) en de Contactcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen van Zorgverzekeraars Nederland (ZN/KPZ) aangewezen register.

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

1.42 Medische noodzaak: De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is.

1.43 Arts-Moermantherapeut: Een in Nederland gevestigde arts die is aangesloten bij de Artsenvereniging ter Bevordering van de Natuurlijke Geneeswijzen (ABNG) of een daartoe bevoegde arts, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van de Maatschappij en op grond daarvan door de Maatschappij als zodanig is erkend.

1.44 Mondhygiënist: Een in Nederland vrijgevestigd en gediplomeerd mondhygiënist(e) die door de Maatschappij is gecontracteerd.

1.45 Natuurgeneeskundig arts: Een in Nederland gevestigde arts die is aangesloten bij de Artsenvereniging ter Bevordering van de Natuurlijke Geneeswijzen (ABNG) of een daartoe bevoegde arts, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van de Maatschappij en op grond daarvan door de Maatschappij als zodanig is erkend.

1.46 Neuraaltherapeut: Een in Nederland gevestigde arts die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Neuraal- en Regulatietherapie (NVNR) of een daartoe bevoegde arts, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van de Maatschappij en op grond daarvan door de Maatschappij als zodanig is erkend.

1.47 Oedeemtherapeut: 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 een door de Vereniging Vrijgevestigde Fysiotherapeuten (VVF) en de Contactcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen van Zorgverzekeraars Nederland (ZN/KPZ) aangewezen register.

1.48 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.

1.49 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.

1.50 Orthodontist: Een in Nederland gevestigde tandarts-specialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

1.51 Orthomoleculaire geneeskundige: Een in Nederland gevestigde Orthomoleculaire geneeskundige die arts is en aangesloten bij de Artsenvereniging ter Bevordering van de Natuurlijke Geneeswijzen (ABNG) of een daartoe bevoegde arts, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van de Maatschappij en op grond daarvan door de Maatschappij als zodanig is erkend.

1.52 Osteopaat: Een in Nederland gevestigde Osteopaat die is aangesloten bij het Nederlands Register voor Osteopaten (NRO) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van de Maatschappij en op grond daarvan door de Maatschappij als zodanig is erkend.

1.53 Overgangsconsulent: Een in Nederland gevestigde overgangsconsulent die beschikt over het opleidingscertificaat van de organisatie 'Care for Women' of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van de Maatschappij en op grond daarvan door de Maatschappij als zodanig is erkend.

1.54 Parodontoloog: Een in Nederland gevestigde tandarts die als zodanig is ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging van Parodontologie en erkend is door het Consilium Parodontologicum.

1.55 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.

1.56 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.

1.57 Privé-kliniek: Zie zelfstandig behandelcentrum.

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

1.59 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.

Alternatieve psychologische hulpverlener: Een in Nederland gevestigde hulpverlener die is aangesloten bij het Nederlands Verbond van Psychologen en Agogen (NVPA), Vereniging van Haptotherapeuten (VVH), Nederlandse Vereniging van Postural Integration-therapeuten (NVPIT) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van de Maatschappij en op grond daarvan door de Maatschappij als zodanig is erkend.

1.60 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.

1.61 Revalidatie: Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist, verbonden aan een conform bij de wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

1.62 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.

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

1.64 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.

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

1.66 Sport Medisch Adviescentrum (SMA): Een door het NOC*NSF erkend Sport Medisch Adviescentrum.

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

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

1.69 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.

1.70 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.

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

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

1.73 Vroegsignalering: Door middel van Vroegsignalering wordt bij langdurig verzuim door arbeidsongeschiktheid inzicht gegeven in de kans op hervatting van het eigen werk, de kans op vervangend werk dan wel de kans aanspraak te gaan maken op de WAO.

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

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

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

1.77 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.

1.78 Zorgmakelaar: De Zorgmakelaar van de Maatschappij.

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

ARTIKEL 2 Bijzondere aanspraken

2.1 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. Indien slechts één van de ouders bij de Maatschappij is verzekerd kan alleen dan inschrijving en vergoeding van kosten geschieden, zoals in artikel 2.1.1 vermeld, indien wordt aangetoond dat de verzekerde ouder is aan te merken als kostwinner van het kind.

2.1.1 De verzekering is vanaf de geboorte van kracht ongeacht eventueel aangeboren ziekten, aandoeningen of afwijkingen; het in artikel 3.9 bepaalde is dan niet van toepassing.

2.2 Geen gezondheidswaarborgen vereist: Zij die hun verzekering tijdelijk (maximaal 12 maanden) hebben moeten onderbreken wegens toetreding tot de verplichte ziekenfondsverzekering van de Maatschappij en die na beëindiging daarvan aansluitend weer in dezelfde premie-tariefgroep 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 verzekering.

ARTIKEL 3 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt:

3.1 Voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie. Een en ander overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage zijn gedeponereerd;

3.2 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 verstrekkingen kan worden gemaakt, dan is onderhavige overeenkomst eerst in de laatste plaats geldig;

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

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

3.4.2 De uitsluiting onder 3.4.1 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 'kern-installatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet aansprakelijkheid kernongevallen (Staatsblad 1979-225);

3.4.3 Voor zover krachtens Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 3.4.2 geen toepassing;

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

3.6 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;

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

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

3.9 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;

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

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

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

3.13 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;

3.14 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;

3.15 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.

ARTIKEL 4 Algemeen

4.1 Grondslag van de verzekering: 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.

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.

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.

4.2 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 verstrekkingen, 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.

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.

4.3 Risico-uitbreiding c.q. wijziging: Een verzoek tot uitbreiding of een wijziging van de dekking dient schriftelijk te geschieden. Indien een verzekerde het risico waarvoor hij verzekerd is wenst uit te breiden of te wijzigen, dan wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken. Het bepaalde in artikel 4.1 is en blijft onverminderd van toepassing op respectievelijk de uitbreiding c.q. 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 uitbreiden 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.

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.

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

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

4.6 Persoonsgegevens: 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.

4.7 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 5 Opname 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 6 Opname of behandeling

6.1 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.

6.2 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 7 Indiening van nota's

7.1 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 zorgaanbie-

der 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 specificatie-formulier 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 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.

7.2 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.

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

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

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

7.6 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.

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

7.8 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.

7.9 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.

Bij het niet nakomen van de hiervoor in de artikelen 6 en 7 vermelde verplichtingen kan geen aanspraak op vergoeding worden gemaakt.

ARTIKEL 8 Eigen risico/maxima per kalenderjaar

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

8.2 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 aan- of afmeldingen 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.

8.3 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.

8.4 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.

8.5 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 9 Premiebetaling, opschorting, beëindiging, premierestitutie

9.1 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.

9.2 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.

9.3 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.

9.4 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.

9.5 De dag nadat het volledig verschuldigde bedrag en de kosten genoemd in artikel 10.3 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.

9.6 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.

9.7 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 10 Meldingsplicht met betrekking tot wijzigingen

10.1 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 3.1);
- 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. beëindiging van een studie van een op de verzekering van de ouder(s) meeverzekerd 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).

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

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

ARTIKEL 11 Ingang, duur en einde van de verzekering

11.1 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 aanvangen. 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 11.2 en artikel 4.1, en nooit later dan op de eerste van de vijfde maand volgend op die, waarin het aanmeldingsformulier bij de Maatschappij is binnengekomen.

11.2 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.

11.3 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.

11.4 Met inachtneming van het bepaalde in artikel 11.3 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 11.5 of 12.2 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 12.5 sub a of sub b.

11.5 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 buiten Nederland vestigt(en) of met ingang van de eerste dag van het tijdvak dat verzekeringnemer en/of verzekerde(n) langer dan zes maanden aaneengesloten buiten Nederland verblijft(en). Een nieuwe periode van zes maanden ontstaat wanneer verzekeringnemer en/of verzekerde aantoonbaar meer dan twee maanden aaneengesloten in Nederland verblijft(en). Zolang verzekeringnemer niet aan de verplichting van artikel 11.1 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.

11.6 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.

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

- a. van onjuiste opgave of verzwijging, als bedoeld in artikel 4.1;
- b. van opschorting van de dekking, als bedoeld in de artikelen 9.2 en 9.5;
- 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 misdrijven (zoals dwang en bedreiging). In die gevallen zullen zowel de hoofdverzekering alsook 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 ziektefondsverzekering, beëindigt de Maatschappij de aanvullende verzekeringen van alle verzekerden.

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

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

ARTIKEL 12 Herziening van voorwaarden, premies en/of eigen risico

12.1 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.

12.2 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 12.3 en 12.4 - 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 12.3 en 12.4 - schriftelijk worden beëindigd en niet de hoofdverzekering.

12.3 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.

12.4 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.

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

12.6 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.

12.7 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 13 Niet voorziene gevallen

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

ARTIKEL 14 Geschillen, klachten en rechtskeuze

14.1 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.

14.2 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 93560, 2509 AN Den Haag. Verzekerde kan het geschil of de klacht ook voorleggen aan de bevoegde burgerlijke rechter.

14.3 Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

ARTIKEL 15 Slotbepalingen

Deze Verzekeringsvoorwaarden treden in werking per 1 januari 2004.

ARTIKEL 16 Clausuleblad terrorismedekking

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

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

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

In dit clausuleblad en de daarop berustende bepalingen wordt - voor zover niet anders blijkt - verstaan onder:

1.1 Terrorisme:

Gewelddadige handelingen en/of gedragingen - begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 64 lid 2 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 genoemde vormen van molest - in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaan dan wel anderszins economische belangen worden aangeast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

1.2 Kwaadwillige besmetting:

Het - buiten het kader van een van de zes in artikel 64 lid 2 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 genoemde vormen van molest - (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

1.3 Preventieve maatregelen:

Van overheidswege en/of door verzekerden en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of - indien dit gevaar zich heeft verwezenlijkt - de gevolgen daarvan te beperken.

1.4 Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT):

Een door het Verbond van Verzekeraars in Nederland opgerichte herverzekeringsmaatschappij, waarbij uitkeringsverplichtingen uit hoofde van verzekeringsovereenkomsten, die voor in Nederland toegelaten verzekeraars direct of indirect kunnen voortvloeien uit de verwezenlijking van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 omschreven risico's, in herverzekering kunnen worden ondergebracht.

1.5 Verzekeringsovereenkomsten:

- a. Overeenkomsten van schadeverzekering voor zover zij overeenkomstig het bepaalde in artikel 1 lid 1 sub 0 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 betrekking hebben op in Nederland gelegen risico's;
- b. Overeenkomsten van levensverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft;
- c. Overeenkomsten van natura-uitvaartverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met een gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.

1.6 In Nederland toegelaten verzekeraars:

- Schade-, levens- en zorgverzekeraars zoals bedoeld in artikel 12 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 en
- natura-uitvaartverzekeraars zoals bedoeld in artikel 7 van de Wet toezicht natura-uitvaartverzekeringsbedrijf, die bevoegd zijn om in Nederland het verzekeringsbedrijf uit te oefenen.

Artikel 2 Begrenzing van de dekking voor het terrorismerisico

2.1 Indien en voor zover, met inachtneming van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 gegeven omschrijvingen, en binnen de grenzen van de geldende polisvoorwaarden, dekking bestaat voor gevolgen van een gebeurtenis die (direct of indirect) verband houdt met:

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

hierna gezamenlijk aan te duiden als 'het terrorismerisico', geldt dat de uitkeringsplicht van de verzekeraar terzake van iedere bij haar ingediende aanspraak op schadevergoeding en/of uitkering, is beperkt tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar terzake van die aanspraak ontvangt onder de herverzekering voor het terrorismerisico bij de NHT, in het geval van een verzekering met vermogensopbouw vermeerderd met het bedrag van de uit hoofde van de betrokken verzekering reeds gerealiseerde vermogensopbouw. Bij levensverzekeringen wordt het bedrag van de gerealiseerde vermogensopbouw gesteld op de krachtens de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 aan te houden premiereserve ten aanzien van de betrokken verzekering.

2.2 De NHT biedt herverzekeringsdekking voor de hiervoor genoemde aanspraken tot maximaal 1 miljard euro per kalenderjaar. Vorengenoemd bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars tezamen. Van een eventuele aanpassing zal mededeling worden gedaan in drie landelijk verschijnende dagbladen.

2.3 In afwijking van het in de voorgaande leden van dit artikel bepaalde, geldt voor verzekeringen die betrekking hebben op:

- schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan;

- gevolgschade van schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan, dat per verzekeringnemer per verzekerde locatie per jaar maximaal 75 miljoen euro onder deze overeenkomst zal worden uitgekeerd, voor alle deelnemende verzekeraars zoals bedoeld in artikel 1 tezamen, ongeacht het aantal afgegeven polissen.

Voor de toepassing van dit artikellid wordt onder verzekerde locatie verstaan: alle op het risicoadres aanwezige door verzekeringnemer verzekerde objecten, alsmede alle buiten het risicoadres gelegen door verzekeringnemer verzekerde objecten waarvan het gebruik en/of de bestemming in relatie staat tot de bedrijfsactiviteiten op het risicoadres. Als zodanig zullen in ieder geval worden aangemerkt alle door verzekeringnemer verzekerde objecten die op minder dan 50 meter afstand van elkaar gelegen zijn en waarvan er tenminste een op het risicoadres is gelegen.

Voor de toepassing van dit artikellid geldt voor rechtspersonen en vennootschappen die zijn verbonden in een groep, zoals bedoeld in artikel 2:24b van het Burgerlijk Wetboek, dat alle groepsmaatschappijen tezamen worden aangemerkt als een verzekeringnemer, ongeacht door welke tot de groep behorende groepsmaatschappij(en) de polis(sen) is (zijn) afgesloten.

Artikel 3 Uitkeringsprotocol NHT

3.1 Op de herverzekering van de verzekeraar bij de NHT is van toepassing het Protocol afwikkeling claims (hierna te noemen het Protocol). Op grond van de in dit protocol vastgestelde bepalingen is de NHT onder meer gerechtigd de uitkering van de schadevergoeding of het verzekerde bedrag uit te stellen tot het moment waarop zij kan bepalen of en in hoeverre zij over voldoende financiële middelen beschikt om alle vorderingen waarvoor zij als herverzekeraar dekking biedt, voor het geheel te voldoen. Voor zover de NHT niet over voldoende financiële middelen blijkt te beschikken, is zij gerechtigd overeenkomstig bedoelde bepalingen een gedeeltelijke uitkering aan de verzekeraar te doen.

3.2 De NHT is, met in achtneming van het gestelde in bepaling 7 van het Protocol afwikkeling claims, bevoegd om te beslissen of een gebeurtenis in verband waarmee aanspraak op uitkering wordt gedaan, als een gevolg van de verwezenlijking van het terrorismerisico moet worden aangemerkt. Een daartoe strekkend en overeenkomstig voornoemde bepaling genomen besluit van de NHT, is bindend jegens verzekeraar, verzekeringnemer, verzekerden en tot uitkering gerechtigden.

3.3 Eerst nadat de NHT aan de verzekeraar heeft medegedeeld welk bedrag, al dan niet bij wijze van voorschot, terzake van een vordering tot uitkering aan haar zal worden uitgekeerd, kan de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde op de in artikel 3.1 bedoelde uitkering terzake tegenover de verzekeraar aanspraak maken.

3.4 De herverzekeringsdekking bij de NHT is ingevolge bepaling 17 van het Protocol slechts van kracht voor aanspraken op schadevergoeding en/of uitkering die worden gemeld binnen twee jaar nadat de NHT van een bepaalde gebeurtenis of omstandigheid heeft vastgesteld dat deze als een verwezenlijking van het terrorismerisico in de zin van dit Clausuleblad wordt beschouwd.

De volledige tekst van het Protocol afwikkeling claims wordt op verzoek toegezonden en is tevens te raadplegen op www.anderzorg.nl

Omvang van de dekking

Algemeen

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.

De Zorgmakelaar: Zorgmanagement is een exclusieve dienstverlening van de Zorgmakelaar waarbij op verzoek van verzekerde de benodigde (medische) zorg wordt georganiseerd, verbeterd, bespoedigd en/of toegelicht.

AV Plus

De AV Plus 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. Zorg die vanuit deze verzekering wordt vergoed, moet in Nederland worden verstrekt, met uitzondering van het bepaalde in artikel 7 (Buitenlanddekking).

Binnen de grenzen van de Algemene Voorwaarden bestaat recht op vergoeding/verstrekking van:

ARTIKEL 1 (Poli)klinische zorg

1.1 Reiskosten ziekenhuisbezoek

Indien verzekerde langer dan 2 maanden is opgenomen in een onder de dekking van de hoofdverzekering vallende instelling, niet zijnde een opname ten laste van de AWBZ, die op tenminste 40 kilometer afstand van het woonadres is gelegen, bestaat na deze twee maanden een mogelijkheid van vergoeding van maximaal 3 bezoeken van gezinsleden per opnameweek.

De hoogte van de vergoeding bedraagt € 0,20 per kilometer. De afstand tussen de instelling en het woonadres wordt berekend volgens de kortste weg. Reiskosten in verband met een bezoek aan een in het buitenland gelegen instelling worden niet vergoed.

1.2* Vervoer Pisa

De reiskosten voor een begeleider van verzekerde, die voor rekening van de Maatschappij een behandeling in Pisa ondergaat, worden vergoed op basis van de kosten van een retourvlucht laagste klasse.

1.3 Overnachtingskosten logeerhuis

Indien verzekerde wordt opgenomen in een kliniek waardoor (één van) de ouders, of andere verzorgende gezinsleden, verblijven in een Ronald Mc Donald huis, het familiehuis Daniel den Hoed, het Prinses Margriethuis of het Kiwanishuis, verleent de Maatschappij een vergoeding van € 12,- per dag, gedurende het bedoelde verblijf.

ARTIKEL 2 Niet (Poli)klinische zorg

2.1 Second opinion

De kosten, waaronder wordt verstaan het honorarium en de bijkomende kosten, van een second opinion door een andere specialist dan de behandelend specialist.

2.2* Fysiotherapie/oefentherapie

De kosten van:

- behandeling bij een door de Maatschappij voorgestelde therapeut
- of
- a. fysiotherapie/oefentherapie door een fysiotherapeut respectievelijk oefentherapeut Mensendieck en Cesar op voorschrift van de huisarts of specialist
 - b. de volgende alternatieve zorgaanbieders overeenkomstig het door het CTG vastgestelde tarief voor een zitting fysiotherapie:
 - Osteopaat
 - Chiropractor
 - Neuraaltherapeut
 - Arts manuele therapie

Voor punt a en b geldt dat per kalenderjaar maximaal 12 behandelingen per verzekerde worden vergoed.

2.3 Hydrotherapie

Een tegemoetkoming in de kosten van hydrotherapie, zoals georganiseerd door de Reumapatiëntenvereniging of de Nationale Vereniging voor Fibromyalgie-patiënten tot een bedrag van € 136,- per verzekerde per kalenderjaar.

2.4* Podologie

Een vergoeding van 80% van de kosten van podologische behandelingen, exclusief de verstrekking van zolen, verleend door een door de Maatschappij gecontracteerde podoloog of podoposturaaltherapeut. Niet vergoed worden de behandelingen die ook verricht kunnen worden door een pedicure.

2.5 Podotherapie

Een vergoeding van 80% van de kosten van podotherapeutische behandelingen, exclusief de verstrekking van zolen, verleend door een podotherapeut. Niet vergoed worden de behandelingen die ook verricht kunnen worden door een pedicure.

2.6 Overgangsconsulent

Vergoed worden de kosten tot maximaal € 100,- per verzekerde voor de gehele verzekeringsduur. Vergoeding is uitsluitend van toepassing indien een als zodanig gekwalificeerde overgangsconsulent wordt geraadpleegd.

2.7* Kinderopvang

Bij een verblijf langer dan drie aaneengesloten dagen van de bij de Maatschappij verzekerde verzorgende ouder in een algemeen ziekenhuis in Nederland, kan aanspraak worden gemaakt op opvang van bij de Maatschappij verzekerde kinderen jonger dan 14 jaar. De kinderopvang geldt maximaal drie maanden per ziekenhuisopname per kalenderjaar gedurende maximaal negen aaneengesloten uren per etmaal. Het recht op kinderopvang bestaat tot en met één dag na thuiskomst van de verzorgende ouder uit het ziekenhuis.

Vergoeding vindt uitsluitend plaats in natura. Dat wil zeggen dat de kinderopvang wordt geregeld door de Zorgmakelaar. Er bestaat geen recht op kinderopvang in geval van opname in een ziekenhuis wegens bevalling, revalidatie of opname ten laste van de AWBZ. Het verzoek voor kinderopvang dient zo spoedig mogelijk bij de Zorgmakelaar te worden ingediend.

2.8* Herstellingsoord

Vergoed worden de werkelijke kosten van verpleging in één van de in de Begripsomschrijvingen van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden genoemde herstellingsoorden tot ten hoogste € 45,- per verpleegdag tot maximaal € 1.350,- per verzekerde per kalenderjaar.

2.9* Reumakuurreis

Vergoeding van deelname aan een reumakuurreis, georganiseerd door een door de Maatschappij aangewezen reisorganisator. De Maatschappij stelt jaarlijks het aantal deelnemers vast. Voor deelname komen in aanmerking verzekerden met reumatoïde artritis, artritis psoriatica of M. Bechterew. Bij deelname is verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd.

2.10* Therapeutisch kamp

Een vergoeding van maximaal € 7,- per dag, gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar, in de kosten van deelname door een astmatisch kind aan een therapeutisch kamp, op advies van de huisarts of specialist, georganiseerd door een instelling, niet zijnde een instelling in de zin van de Ziekenfondswet of de AWBZ.

2.11 Vakantiekamp

Een vergoeding van maximaal € 5,- per dag gedurende maximaal 14 dagen per kalenderjaar, in de kosten van deelname door een thuisverblijvende zieke of gehandicapte verzekerde aan een vakantiekamp, georganiseerd door een instelling, niet zijnde een instelling in de zin van de Ziekenfondswet of de AWBZ.

2.12* Psychologische hulpverlening

De kosten van consulten of kortdurende behandelingen door een Eerstelijnspsycholoog, GZ-psycholoog of Alternatieve psychologische hulpverlener tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar voor alle consulten en kortdurende behandelingen tezamen. Er wordt geen vergoeding verleend als er gelijktijdig een AWBZ-gefinancierde therapie plaatsvindt. Onder alternatieve psychologische hulpverlening wordt verstaan: Gestalttherapie, Haptotherapie, Biodynamische therapie, Creatieve therapie, Biografische gesprekken, Psychosynthese therapie, Postural Integration, Neo-Reichiaanse therapie en Rouw- en Verliesverwerking.

ARTIKEL 3 Farmaceutische zorg/hulpmiddelen

3.1 Anticonceptiva

De pil, een nuvaring of een pessarium wordt vergoed tot maximaal € 55,- per verzekerde per kalenderjaar (inclusief aflevering). 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).

3.2 Orthopedisch schoeisel

Een aanvullende vergoeding wordt verleend van maximaal € 45,- op de productgebonden eigen bijdrage die krachtens de Regeling hulpmiddelen wordt gevraagd voor orthopedisch schoeisel en allergeenvrije schoenen.

3.3 Elastische kousen

Vergoeding van één paar elastische kousen per 18 maanden gerekend vanaf datum levering. Aanspraak op vergoeding bestaat slechts indien hiervoor een indicatie bestaat van waaruit de hoofdverzekering zou overgaan tot vergoeding. De hoogte van de vergoeding is gelijk aan de vergoeding vanuit de hoofdverzekering.

3.4* Bijzondere voedingsmiddelen

In bijzondere gevallen, ter beoordeling van de medisch adviseur, kan een vergoeding worden verleend voor vloeibaar voedsel tot ten hoogste € 272,- per verzekerde per kalenderjaar.

3.5 Brillenglazen en contactlenzen

De kosten van brillenglazen of contactlenzen worden eenmaal per verzekerde per 3 kalenderjaren vergoed. Voor brillenglazen geldt een vergoeding van maximaal € 68,- per brillenglas. Voor contactlenzen geldt een vergoeding van maximaal € 136,-. Indien zowel brillenglazen als contactlenzen zijn geïndiceerd bestaat slechts recht op vergoeding van, naar keuze, één van beide hulpmiddelen.

Zonnebrillen (monturen en glazen), gekleurde lenzen, gekleurde glazen en dag- en weeklenzen zijn van vergoeding uitgesloten.

3.6* Enuresis (plas)wekker

Een vergoeding van 100% van de kosten van de huur van het apparaat, alsmede de bandages.

3.7 Orthopedische steunzolen

Eenmaal per 2 kalenderjaren wordt een vergoeding verleend van maximaal € 45,- in de aanschafkosten van orthopedische steunzolen.

ARTIKEL 4 Zwangerschap

4.1 Kraamzorg

Indien en zolang recht bestaat op een vergoeding voor rekening van een van de hoofdverzekeringen van de Maatschappij wordt, ingeval van kraamzorg verleend door een erkend kraamcentrum ingaande op de dag van de bevalling, een vergoeding verleend ter hoogte van de wettelijke eigen bijdrage die verzekerde verschuldigd is. Het aantal uren kraamzorg wordt in overleg met het kraamcentrum vastgesteld.

4.2 Kraamzorg na couveuseopname

Indien door een ziekenhuisopname ten gevolge van couveuseopname van de zuigeling geen recht meer bestaat op kraamzorg krachtens enige verzekering of voorziening, bestaat na overleg met het kraamcentrum recht op vergoeding van de kosten verbonden aan maximaal 12 uren kraamzorg binnen 3 maanden na de bevalling.

4.3 Kraamzorg bij adoptie

Indien een baby wordt geadopteerd die jonger is dan 3 maanden en geen recht bestaat op kraamzorg krachtens enige verzekering of voorziening, bestaat na overleg met het kraamcentrum recht op vergoeding van de kosten verbonden aan maximaal 12 uren kraamzorg.

4.4 Kraampakket

Een door de Maatschappij erkende instelling verstrekt een medisch kraampakket dat op voorschrift van de Maatschappij is samengesteld. Een aanvraagkaart voor een kraampakket is verkrijgbaar bij de Maatschappij.

4.5 Gebruik verloskamer

Bij een niet-medisch geïndiceerde poliklinische bevalling in een ziekenhuis worden de kosten voor het gebruik van de verloskamer vergoed, indien en voor zover deze niet ten laste van een van de hoofdverzekeringen van de Maatschappij kan worden gebracht.

4.6 Communicatiemiddel

Ingeval van zwangerschap van verzekerde bestaat recht op vergoeding van de kosten van een oproepontvanger (semafoon). De vergoeding bedraagt € 0,40 per dag gedurende maximaal 60 dagen. Een aanvraagkaart voor een semafoon is verkrijgbaar bij de Maatschappij.

ARTIKEL 5 Alternatieve geneeswijzen

5.1 Alternatieve behandelwijzen

Voor de kosten van de volgende alternatieve zorgaanbieders en antroposofische therapieën tezamen wordt een vergoeding verleend tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar:

- Acupuncturist;
- Antroposofisch arts;
- Homeopaat;
- Arts-Moermantherapeut;
- Natuurgeneeskundig arts;
- Orthomoleculaire geneeskundige.

Voor de kosten van antroposofische therapieën na schriftelijke verwijzing door een antroposofisch arts en verleend door een daartoe bevoegde zorgaanbieder die door de Maatschappij als zodanig is erkend.

- a. Kunstzinnige therapie muziek;
 - b. Kunstzinnige therapie spraak;
 - c. Kunstzinnige therapie beeldend;
 - d. Euritmie therapie;
 - e. Uitwendige therapie;
 - f. Dieet therapie;
- g. Zuigelingen- en kleuterzorg, vergoeding van consultatiebureau consulten.

Indien bovengenoemde behandelaar arts is en handelt als zijnde huisarts van verzekerde en uit dien hoofde de kosten reeds vergoed (kunnen) worden vanuit de hoofdverzekering van de Maatschappij, bestaat geen recht op vergoeding.

Onder de vergoedingsregeling vallen eveneens geregisteerde geneesmiddelen en voedings-supplementen indien deze zijn voorgeschreven door één van bovengenoemde behandelaars, mits dit een bevoegd arts is en de middelen worden betrokken van een apotheker of apotheekhoudende huisarts.

Voor reiskosten wordt geen vergoeding verleend.

5.2 Homeopathische en antroposofische middelen

De kosten van geregisteerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen worden voor 100% vergoed wanneer deze middelen:

- door een bevoegd arts zijn voorgeschreven en van een apotheker of apotheekhoudende huisarts worden betrokken
en
- 100% homeopathisch dan wel antroposofisch zijn samengesteld
en
- worden gefabriceerd door een fabrikant die, krachtens de Wet op de Geneesmiddelvoorziening, vergunning is verleend tot het bereiden van homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen.

ARTIKEL 6 Specifieke aandoeningen

6.1 Cosmetische behandelingen

De kosten van cosmetische behandelingen komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut(e).

a. **Camouflagetherapie***

Een eenmalige vergoeding van € 193,- en daarna een bijdrage van 75% in de kosten van de lessen en de te gebruiken materialen. De vergoeding zal alleen worden verleend indien de behandeling geschiedt door een door de Maatschappij erkende deskundige.

b. **Acnebehandeling***

Volledige vergoeding per verzekerde van de in rekening gebrachte kosten in verband met een acnebehandeling, eenmalig voor de gehele verzekeringsduur tot een bedrag van maximaal € 182,-. De vergoeding vindt plaats indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut na indicatiestelling door een huidarts. Bij tijdelijke onderbreking (maximaal 12 maanden) wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

c. **Elektrisch epilieren van het gelaat**

Bij hirsutisme en indien er een medische achtergrond voor elektrisch epilieren is, ter beoordeling van de Maatschappij, een vergoeding van 50% van de kosten. De vergoeding zal alleen worden verleend indien de behandeling geschiedt door een door de Maatschappij erkende deskundige.

d. **Epilieren door middel van licht-/lasertherapie van het gelaat***

Een vergoeding van 50% van de kosten bij hirsutisme en indien er een medische noodzaak voor epilatie van het gelaat is. De vergoeding vindt plaats indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut na indicatiestelling door een huidarts.

6.2* Psoriasis

Vergoeding van psoriasisbehandelingen op verwijzing van de huisarts of dermatoloog. De Maatschappij bepaalt of verzekerde voor behandeling in aanmerking komt.

Het maximum aantal te vergoeden behandelingen is 60 per kalenderjaar. Verzekerde is per behandeling een eigen bijdrage verschuldigd van € 2,30. Voor vergoeding van een eerste consult zonder dat verdere behandeling volgt is verzekerde geen eigen bijdrage verschuldigd.

De reiskosten worden vergoed op basis van het tarief voor het openbaar vervoer.

6.3 Sport Medisch Adviescentrum (SMA)

Vergoeding van SMA-consult/behandeling inzake sportblessure met een maximum van twee consulten/behandelingen per verzekerde per kalenderjaar. De vergoeding voor het eerste consult/behandeling bedraagt maximaal € 32,- en voor het tweede consult/behandeling maximaal € 20,-.

6.4* Stottertherapie

Een vergoeding wordt verleend voor stottertherapie volgens de methode Del Ferro, Instituut Natuurlijk Spreken of de BOMA-methode zoals die wordt gegeven in instituut 'De Pauw' tot maximaal € 340,- per verzekerde voor de gehele verzekeringsduur. De reiskosten worden vergoed op basis van het tarief van het openbaar vervoer. Het recht op vergoeding bestaat alleen nadat reguliere logopedische hulp aantoonbaar onvoldoende effect heeft gehad.

ARTIKEL 7 Buitenlanddekking

Spoedeisende medische hulp tijdens verblijf in het buitenland

7.1 Spoedeisende medische hulp

Voor de gemaakte kosten van spoedeisende medisch noodzakelijke hulp tijdens verblijf in het buitenland gelden de volgende bepalingen:

- Volledige vergoeding van kosten voor spoedeisende hulp, niet zijnde tandheelkundige hulp, tijdens een verblijf in het buitenland voor maximaal 365 achtereenvolgende dagen, gerekend vanaf de dag van vertrek uit Nederland, op basis van kostprijs (verzekerde klasse).
- 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) zijn, dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de Maatschappij is gehouden. 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.

- Vergoeding geschiedt in wettig Nederlands betaalmiddel tegen de omrekenkoers die bij de Nederlandse banken geldt op de dag waarop de behandeling in het buitenland heeft plaatsgevonden.
- De hulpverlening is door of na goedkeuring van de Alarmcentrale, ten deze handelend namens de Maatschappij, tot stand gekomen. Deze goedkeuring is niet vereist voor huisartshulp en apothekershulp.
- 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.
- Reddingskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- 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.
- 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.
- Indien het verblijf in het buitenland uitsluitend of mede tot doel had aldaar een opname of een behandeling te ondergaan, of indien de kosten redelijkerwijs te voorzien waren bij het vertrek naar het buitenland, komen deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking.

Uitsluitingen

De uitkeringen en diensten zijn uitgesloten van dekking in geval van een reis en het verblijf in het buitenland op basis van detachering, uitzending, stage, studie of uitzending door een vrijwilligers- of zendingorganisatie.

7.2 Internationale persoonlijke hulpverlening

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

7.3 Repatriëring van verzekerden

Volledige dekking van repatriëringskosten op basis van kostprijs. Onder repatriëringskosten worden verstaan de kosten van bijzonder vervoer van zieken of gewonden vanuit het buitenland naar Nederland. Het bijzonder vervoer dient medisch noodzakelijk te zijn. Deze kosten dienen in directe relatie te staan met de ziekte of het ongeval. Tevens worden de kosten van terugkeer naar Nederland van medeverzekerde reisgenoten vergoed, op voorwaarde dat er sprake is van repatriëring van verzekerde krachtens de buitenlanddekking.

7.4 Repatriëring na overlijden

De kosten van vervoer op basis van kostprijs van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden, zowel binnen als buiten Europa, naar Nederland.

ARTIKEL 8 Tandheelkundige hulp

Voor behandelingen, uitgevoerd door een vrijgevestigde mondhygiënist, zal de vergoeding nooit meer bedragen dan 75% van de voor de tandarts vastgestelde vergoeding conform de verzekeringsvoorwaarden.

8.1 Tandheelkundige hulp

Verzekerde heeft recht op onderstaande verstrekkingen, inclusief techniekkosten, indien en voor zover hiertoe een tandheelkundige noodzaak bestaat en de hulp wordt verleend door een tandarts.

R20	Gegoten metalen kroon	€ 188,-
R25	Gegoten metalen kroon met opgebakken porselein of met kunstharsvenster	€ 188,-
R26	Jacketkroon met schouderpreparatie	€ 188,-
R27	Jacketkroon zonder schouderpreparatie	€ 188,-
R28	Endokroon, indirect vervaardigd	100%
R29	Roestvrijstalen kroon	100%
R08	1-vlaks inlay composiet	€ 113,-
R11	1-vlaks inlay	€ 113,-
R09	2-vlaks inlay composiet	€ 123,-
R12	2-vlaks inlay	€ 123,-
R10	3-vlaks inlay composiet	€ 157,-
R13	3-vlaks inlay	€ 157,-
R40	Eerste dummy	€ 188,-
R45	Volgende dummy	€ 188,-
R31	Opbouw plastisch materiaal	€ 22,-
R32	Gegoten opbouw indirecte methode	€ 68,-
R33	Gegoten opbouw directe methode	€ 68,-
R60	Etsbrug zonder preparatie	€ 113,-
R61	Etsbrug met preparatie	€ 113,-
R65	Toeslag voor elke volgende dummy in hetzelfde tussendeel	€ 20,-
R66	Toeslag voor elke volgende bevestiging boven het aantal van twee	€ 12,-
R78	Labiale veneering zonder preparatie	€ 84,-
R79	Labiale veneering met preparatie	€ 84,-
P10	Partiële kunstharsprothese 1-4 elementen	€ 25,-
P15	Partiële kunstharsprothese 5-13 elementen	€ 36,-
P34	Frame-prothese 1-4 elementen	€ 250,-
P35	Frame-prothese 5-13 elementen	€ 340,-
P51	Rebasen, indirect zonder randopbouw	€ 14,-
P52	Rebasen, indirect met randopbouw	€ 14,-
P53	Rebasen, direct zonder randopbouw	€ 14,-
P54	Rebasen, direct met randopbouw	€ 14,-

Indien het rebasen zowel onder als boven plaatsvindt, verdubbelt de vergoeding.

Per kalenderjaar komen voor de gezamenlijke kosten van inlays, etsbruggen, kronen en brug(tus-sen)delen, tot ten hoogste 3 elementen voor vergoeding in aanmerking.

Alleen verzekerden vanaf 18 jaar met een regelmatig onderhouden en door de tandarts gecontroleerd gebit, kunnen voor deze vergoedingen in aanmerking komen.

8.2 Orthodontische behandeling voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Voor kinderen jonger dan 18 jaar wordt per behandelmaand € 7,- vergoed. Indien twee of meer kinderen jonger dan 18 jaar, uit één gezin in enige kalendermaand kaakorthopedische hulp ontvangen wordt € 14,- voor het tweede en volgende onder behandeling zijnde kind vergoed. Voor verzekerden vanaf 18 jaar bedraagt de vergoeding € 16,- per maand. Indien sprake is van een hoofdverzekering die een vergoeding biedt voor orthodontie, zal de hiergenoemde vergoeding uitsluitend dienen als aanvulling tot aan de werkelijk gemaakte kosten.

ARTIKEL 9 Overigen

9.1 Juridische hulp bij ongevallen

Voor het verhalen van niet-medische kosten, voortvloeiend uit een ongeval veroorzaakt door een (eventueel aansprakelijke) derde, heeft verzekerde recht op juridische hulp in natura, verstrekt door de Maatschappij. De advocaat van de Maatschappij bepaalt of een verhaalsprocedure zinvol is. De Maatschappij bepaalt of de hulp in natura verstrekt zal worden.

De juridische hulp in natura telt niet mee voor het volmaken van een eventueel eigen risico.

