

AnderZorg Flexzorg Polis Extra Uitgebreid

Inhoudsopgave

Artikelnummer

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

Definities	1
Begripsomschrijving	2
Grondslag van de verzekering	3
Aanmelding en aanvang verzekering	4
Medische keuring/controlle	5
Premie	6
Premieberekening bij toetreding	7
Schoolverklaring	8
Premierestitutie zeevarenden	9
Strekking van de verzekering	10
Indiening en vergoeding van de nota's en verval vorderingsrecht	11
Terugbetaling voorschot kosten geneesmiddelen	12
Eigen risico en/of eigen bijdragen	13
Verplichtingen bij opname en/of behandeling	14
Opname ziekenhuis in een hogere of lagere klasse	15
Verhaal tegenover derden	16
Samenloop AWBZ-aanspraken	17
Aanspraak op toezeggingen	18
Pakketuitbreiding/pakketwijziging	19
Opschorting dekking/vervallen rechten	20
Gezins- en adreswijziging	21
Duur en beëindiging van de verzekering	22
Opschorting van de verzekering	23
Opzegging van de verzekering door de Maatschappij	24
Samenloop van verzekeringen	25
Herziening van voorwaarden, premies en/of eigen risico	26
Geschillen	27
Persoonsgegevens	28
Niet voorziene gevallen	29
Slotbepaling	30

Omvang van de dekking

Ziekenhuisopname	1
Zorgcoördinator	2
Dagverpleging in een ziekenhuis	3
Zelfstandig Behandel Centrum (privékliniek)	4
Plastische chirurgie (vormverbeterende operaties)	5
Dag- en nachtbehandeling	6
Niet-klinische (poliklinische) medisch-specialistische behandeling	7
Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK)	8
Nierdialyse	9
Orgaantransplantaties	10
Chronisch intermitterende beademing	11
Trombosedienst	12
Revalidatie	13

Farmaceutische zorg/dieetpreparaten/verbandmiddelen	14
Ziekenvervoer	15
Hulpmiddelen	16
Overige hulpmiddelen	17
Hulp door een audiologisch centrum	18
Erfelijkheidsonderzoek	19
Tandheelkundige zorg	20
Kaakchirurgie / kaakorthopaedie / tandheelkundige implantaten	21
Huisartsenhulp	22
Fysiotherapie, manuele therapie, kindersfysiotherapie	23
Logopedie/stottertherapie (paramedische hulp)	24
Overige paramedische hulp	25
Overige therapeutische hulp (huidtherapie)	26
Second opinion	27
Abortus/Sterilisatie	28
Bevalling	29
Kraamzorg	30
Behandelingen fertiliteitsstoornissen	31
Adoptieregeling	32
Preventieve geneeskunde	33
Psychotherapie	34
Alternatieve geneeswijzen	35
Zorgaanspraken AWBZ	36
Buitenland	37
Internationale hulpverlening	38
Uitsluitingen	39

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

ARTIKEL 1 Definities

1.1 Maatschappij: Ziektekosten Verzekeringsmaatschappij AnderZorg N.V.

1.2 Verzekeringnemer: Degene die de verzekeringsovereenkomst met de Maatschappij is aangegaan.

1.3 Verzekerde: Ieder die op de polis als zodanig staat vermeld.

ARTIKEL 2 Begripsomschrijving

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

2.1 Apotheker: Een in Nederland gevestigd apotheker, die wettelijk bevoegd is tot de uitoefening van de artsenijs-bereidkunst.

2.2 Arts: Ieder in het bezit van het artsdiploma, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

2.3 Audiologische zorg: Multidisciplinaire zorg in verband met problemen van een gestoorde gehoorfunctie.

2.4 AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

2.5 Boekjaar/kalenderjaar: De periode van 1 januari tot en met 31 december van enig jaar.

2.6 Bijkomende kosten: De neventarieven die door de instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht.

2.7 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 erfelijkheidsadvisering.

2.8 Chiropractor: Een in Nederland gevestigd chiropractor, die is aangesloten en geregistreerd staat bij de Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA) of de International Chiropractors Association (ICA).

2.9 CTG: College Tarieven Gezondheidszorg.

2.10 Dagverpleging: Korter dan 24 uur durende (zogenaamde poliklinische) 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 medisch-specialist.

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

2.12 Farmaceutische zorg: De bij ministeriële regeling aangewezen:

- geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd
- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, niet zijnde geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1 van het Besluit homeopathische farmaceutische producten

- bloedproducten als bedoeld in de Wet inzake Bloedvoorziening
- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten
- verbandmiddelen.

2.13 Fysiotherapeut: Een in Nederland gevestigd fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

2.14 Gezinsverband: Hieronder wordt verstaan:

- de echtgenoten
- de wettelijke ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen die tot de huishouding van verzekeringnemer behoren
- degene die met de verzekeringnemer een duurzame samenleving is aangegaan.

2.15 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

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

2.17 Hulpmiddelen: De middelen die in de Bepaling Hulpmiddelen van de Maatschappij zijn opgenomen.

2.18 Internationale hulpverlening buitenland: Bijzondere aanspraken betreffende de hulpverlening in het buitenland in geval van een ernstige ziekte, ongeval en/of overlijden.

2.19 Kaakchirurg: Een in Nederland gevestigd tandarts die staat ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).

2.20 Kinderfysiotherapeut: Een in Nederland gevestigd 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 van bevoegde kinderfysiotherapeuten van de Nederlandse vereniging voor Fysiotherapie in de Kinder- en Jeugdgezondheidszorg.

2.21 Kraamcentrum: Een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig toegelaten instelling alsmede een door de Maatschappij als zodanig erkend kraamcentrum.

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

2.23 Laboratorium: Een in Nederland gevestigd laboratorium dat conform de bij wet gestelde regels als zodanig is toegelaten voor onderzoek volgens algemeen erkende medisch-wetenschappelijke normen.

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

2.25 Manueel therapeut: Een in Nederland gevestigd fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het register van de Nederlandse vereniging van Manuele Therapie (NVMT).

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

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

2.28 Medisch specialist: Een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

2.29 Oefentherapeut César/Mensendieck: Een in Nederland gevestigd oefentherapeut César/Mensendieck, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.

2.30 Ongeval: Elke gebeurtenis waarbij de verzekerde plotseling wordt getroffen door een van buiten komende inwerking van geweld op het lichaam, waardoor in één ogenblik lichamelijk letsel wordt toegebracht en als gevolg hiervan dit letsel medisch is vast te stellen.

2.31 Opname: Opname langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in voornoemde instellingen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een specialist of kaakchirurg noodzakelijk moet zijn.

2.32 Orthodontist: Een in Nederland gevestigd tandarts, die staat ingeschreven in het specialistenregister voor Dento-Maxillaire Orthopaedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).

2.33 Orthoptist Een in Nederland gevestigd orthoptist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut” en is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Orthoptisten (NVvO).

2.34 Pakketten: De te onderscheiden vormen van verzekeringen tegen ziektekosten, die door de Maatschappij worden aangeboden.

2.35 Podotherapeut: Een in Nederland gevestigd podotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut” en die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Podotherapie (NVP).

2.36 Premie: Het premiebedrag zoals die voor de verschillende pakketten door de Maatschappij is vastgesteld.

2.37 Revalidatie: Onderzoek, advisering en behandeling van 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 de bij wet gestelde regels.

2.38 Specialistische behandeling: Behandeling of onderzoek, volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is en behorend tot het specialisme waarvoor de medisch-specialist is ingeschreven.

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

2.40 Tandarts: Een in Nederland gevestigd tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

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

2.42 Verpleegkundige: Een verpleegkundige die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

2.43 Verwijsbrief: Een verklaring van de huisarts waaruit blijkt dat doorverwijzing medisch noodzakelijk is.

2.44 Verzekeringsduur: In de "Omvang van de Dekking" wordt onder de term verzekeringsduur verstaan de duur van de bestaande relatie tussen de Maatschappij en de verzekerde, ook indien deze op enig moment voor korte of langere tijd onderbroken wordt.

2.45 Wet BIG: Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

2.46 Ziekenhuis: Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten, alsmede het Nederlands Astmacentrum te Davos.

2.47 Zelfstandig Behandel Centrum: Een in Nederland gelegen centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling) en dat als zodanig door de bevoegde overheid is toegelaten.

2.48 Zorgverzekeraars Nederland (ZN): De overkoepelende organisatie, die als vertegenwoordiger van aangesloten zorgverzekeraars, dan wel van aangesloten organisaties van verzekeraars optreedt.

2.49 Zorg Unie Nederland (ZUN): De organisatie waarmee de Maatschappij een overeenkomst heeft gesloten voor het verlenen van kraamzorg.

ARTIKEL 3 Grondslag van de verzekering

Het ondertekende aanmeldingsformulier met de daarin door de verzekeringnemer of de verzekerde gedane al dan niet eigenhandig geschreven mededelingen, alsmede eventuele schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk door de verzekeringnemer of verzekerde verstrekt, gelden als grondslag van deze verzekering en worden geacht met de polis één geheel uit te maken.

ARTIKEL 4 Aanmelding en aanvang verzekering

4.1 Bij het aangaan van de verzekering kan men in het algemeen volstaan met het invullen van een aanmeldingsformulier met een vereiste gezondheidsverklaring van de aspirant-verzekerde. Na acceptatie door de Maatschappij, hierbij geadviseerd door de medisch adviseur, gaat de verzekering in op de datum die door de Maatschappij op de polis is vermeld. Deze dient aan te sluiten op de datum van beëindiging van de voorafgaande verzekering.

4.2 De verzekeringsovereenkomst dient voor alle gezinsleden in dezelfde verzekeringsvorm te worden aangegaan, met uitzondering van:

- gezinsleden die beroepsmilitair zijn
- gezinsleden die verplicht verzekerd zijn
- gezinsleden die bij een publiekrechtelijke instelling verzekerd zijn
- gezinsleden die op grond van de gezondheidsverklaring niet op de normale verzekeringsvoorwaarden door de Maatschappij worden geaccepteerd.

De klasseverzekering, tandartskostenverzekering en aanvullende pakketten kunnen per gezinslid afzonderlijk worden afgesloten.

4.3 Met inachtneming van hetgeen elders in de verzekeringsvoorwaarden is vermeld, geldt dat alleen personen die de leeftijd van 65 jaar nog niet hebben bereikt, verzekerd kunnen worden.

ARTIKEL 5 Medische keuring/controle

5.1 De Maatschappij is bevoegd te verlangen dat de aspirant-verzekerde zich aan een medische keuring onderwerpt, alvorens hij/zij als verzekerde voor een bepaald pakket wordt geaccepteerd. De kosten van een dergelijke keuring komen voor rekening van de Maatschappij.

5.2 De Maatschappij heeft het recht controlerende artsen aan te stellen ter controle van de opgegeven ziekte(n) of ongeval(len) en de behandeling(en).

5.3 De verzekerde is verplicht alle mogelijke medewerking te verlenen aan het onderzoek van een door de Maatschappij aan te wijzen controlerend arts, indien het onderzoek betrekking heeft op een, naar het vermoeden van de Maatschappij, reeds vóór het aangaan van de verzekeringsovereenkomst bestaand ziektebeeld.

ARTIKEL 6 Premie

De premie wordt vastgesteld op basis van de gemaakte kosten en de noodzakelijke voorzieningen en reserveringen. De premie is afhankelijk van het door verzekeringnemer gekozen pakket en de leeftijd van de verzekerde. De in rekening te brengen premie dient op de premieervaldatum van de nota te zijn voldaan.

Het is verzekerde niet toegestaan de te betalen premie te verrekenen met de van de Maatschappij te vorderen vergoeding(en).

ARTIKEL 7 Premieberekening bij toetreding

7.1 De in rekening te brengen premie is afhankelijk van het door verzekeringnemer gekozen eigen risico en de leeftijd van de verzekerde en stijgt bij toetreding vóór de 64-jarige leeftijd geleidelijk tot en met het bereiken van de 64-jarige leeftijd van de verzekerde. Voor kinderen tot en met 18 jaar geldt een aparte kinderpremie.

7.2 De premie is verschuldigd vanaf de datum van inschrijving. Indien de verzekering niet op de 1e van een maand aanvangt, zal de verschuldigde premie voor de eerste maand naar rato berekend worden.

De premiebetaling eindigt bij beëindiging van de verzekering. Indien deze beëindiging niet plaatsvindt op de laatste dag van enig maand, zal naar rato de teveel betaalde premie gerestitueerd worden.

ARTIKEL 8 Schoolverklaring

8.1 Studerende kinderen van 19 tot en met 27 jaar, die dagonderwijs volgen, betalen een speciale premie.

Teneinde aangemerkt te worden als studerende, dient telkens vóór 1 oktober van het betreffende

studiejaar een schoolverklaring van de onderwijsinstelling te worden overgelegd of een bewijs waaruit blijkt, dat het kind een uitkering ontvangt uit hoofde van de Wet Tegemoetkoming Studiekosten.

8.2 Het nalaten van het onder lid 1 van dit artikel en artikel 21.1 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden bepaalde doet het recht op terugvordering van te veel betaalde premie vervallen, terwijl de vordering van de Maatschappij onverkort gehandhaafd blijft.

ARTIKEL 9 Premierestitutie zeevarenden

9.1 De zeevarende ontvangt over het totaal aantal gevaren zeedagen (periode van aanmonstering) een premierestitutie, indien hiertoe een schriftelijk verzoek wordt ingediend bij de Maatschappij. Dit verzoek dient vergezeld te gaan van een kopie van de gageafrekening en/of monsterboekje. Uit de kopie dient duidelijk te blijken gedurende welk tijdvak de zeevarende werkelijk aangemonsterd is (geweest).

9.2 Het verzoek om premierestitutie dient uiterlijk 3 maanden na afloop van een kalenderjaar te zijn ingediend. Ook bestaat de mogelijkheid éénmalig tussentijds na een half jaar een verzoek in te dienen.

9.3 De premierestitutie wordt vastgesteld door het aantal zeedagen in een kalenderjaar te delen door 30. De uitkomst geeft het aantal maanden weer, waarover een premierestitutie op 75%-basis plaatsvindt. Ingeval de uitkomst een gedeelte van een maand weergeeft, dan wordt geen premierestitutie verleend over deze (deel-)maand, indien de uitkomst 14 dagen of minder is (geweest); is de uitkomst 15 dagen of meer dan wordt premierestitutie verleend over de gehele maand.

9.4 Er vindt geen premierestitutie plaats:

- indien het totaal aantal zeedagen in een kalenderjaar 14 of minder is geweest
- over de wettelijke bijdragen.

ARTIKEL 10 Strekking van de verzekering

Voor elk op de polis of in een aanhangsel genoemde verzekerde wordt vergoeding verleend van kosten verbonden aan medische behandeling, mits en zolang deze behandeling medisch noodzakelijk is en voorzover verzekerd en omschreven in de "Omvang van de Dekking".

Met inachtneming van hetgeen elders in de verzekeringsvoorwaarden is bepaald, worden ten hoogste de tarieven vergoed, zoals deze zijn vastgesteld door het CTG. De Maatschappij is generlei vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen, indien de mededelingen in het aanmeldingsformulier, dan wel de afzonderlijke gegevens, in strijd met de waarheid waren of omstandigheden verzwegen werden, welke van dien aard zijn dat de verzekering niet of niet onder dezelfde verzekeringsvoorwaarden zou zijn gesloten, indien de Maatschappij hiervan kennis had gedragen.

ARTIKEL 11 Indiening en vergoeding van de nota's en verval vorderingsrecht

11.1 Met inachtneming van hetgeen elders in de verzekeringsvoorwaarden is bepaald, dient de verzekeringnemer zorg te dragen dat binnen een half jaar na dagtekening van de originele nota deze bij de Maatschappij is ingediend.

11.2 Voor verzekeringspakketten waarop een eigen risicobedrag van toepassing is, geldt dat de originele nota's pas kunnen worden ingediend nadat deze gezamenlijk boven het eigen risicobedrag uitkomen. Vanaf het moment dat nota's voor vergoeding in aanmerking komen, dienen ook de nota's waarop een eigen risicobedrag rust, gelijktijdig te worden meegezonden, doch uiterlijk vóór 1 april volgend op het desbetreffende verzekeringsjaar.

11.3 Alle originele nota's dienen op een zodanige wijze gespecificeerd te zijn, dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de Maatschappij is gehouden. Computernota's dienen door de hulpverlener door middel van handtekening en naamstempel gewaarmerkt te zijn. Ingediende nota's, waarvan de behandeling nog moet geschieden, komen niet voor vergoeding in aanmerking.

De Maatschappij is bevoegd nota's rechtstreeks te betalen aan degene die de nota's heeft uitgeschreven. De uitkeringen op de nota's kunnen nooit meer bedragen dan de werkelijke kosten.

11.4 Het indienen van de nota's dient vergezeld te gaan van het polisnummer en de aantekening of de verschillende nota's door verzekerde wel of niet betaald zijn. Ook kan men gebruik maken van declaratieformulieren. De nota's dienen met het hiervoor bestemde declaratieformulier te worden gezonden naar het centrale correspondentieadres van de Maatschappij:

Ziektekosten Verzekeringsmaatschappij

AnderZorg N.V.

Postbus 11072

9700 CB GRONINGEN

11.5 Elke vordering van een verzekerde jegens de Maatschappij vervalt, indien de originele nota's niet binnen 1 jaar na dagtekening van de nota bij de Maatschappij zijn ingediend.

ARTIKEL 12 Terugbetaling voorschot kosten geneesmiddelen

Op vertoon van de Zorgpas die door de Maatschappij aan verzekeringnemer is afgegeven, worden geneesmiddelen in natura verstrekt door de apotheek met wie de Maatschappij een overeenkomst is aangegaan, echter met uitzondering van de apotheekhoudende huisartsen. Indien verzekerde een ziektekostenverzekering heeft waarop een vrijwillig gekozen eigen risico van toepassing is, heeft de Maatschappij ongeacht of het eigen risico in enig boekjaar is bereikt, de bevoegdheid de vooruitbetaalde kosten van de verzekeringnemer terug te vorderen.

Betaling dient binnen 30 dagen na dagtekening van het schriftelijk verzoek om terugbetaling aan de Maatschappij te geschieden.

Bij niet tijdige terugbetaling door verzekeringnemer, zal de Maatschappij tot incassomaatregelen overgaan met inachtneming van het bepaalde in artikel 20 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden.

ARTIKEL 13 Eigen risico en/of eigen bijdragen

13.1 Vergoedingen voor verzekerde hulp waarbij sprake is van een (vrijwillig) eigen risico en/of een eigen bijdrage, worden gedaan voor het deel van de nota dat het (vrijwillig) eigen risico en/of de eigen bijdrage te boven gaat.

13.2 Het bedrag van het (vrijwillig) eigen risico geldt per kalenderjaar. Bij een verzekering die in de loop van het kalenderjaar wordt aangegaan of beëindigd, wordt het bedrag van het eigen risico naar evenredigheid van de tijdsduur in dat kalenderjaar berekend. Deze berekening heeft geen betrekking op de eigen bijdrage voor een bepaald onderdeel van de verstrekkingen.

13.3 Het (vrijwillig) eigen risico geldt voor de gehele verzekering en is van toepassing per gezin per kalenderjaar. Indien een persoon alleen wordt ingeschreven geldt de helft van het eigen risicobedrag.

13.4 Voorzover in de verzekeringsvoorwaarden de vergoeding is gebonden aan een bepaald maximum per kalenderjaar, zal indien de verzekering voor betrokkene in enig jaar slechts een deel van het kalenderjaar van kracht is, het verzekerde maximum naar evenredigheid worden verminderd, respectievelijk verrekend.

13.5 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.

ARTIKEL 14 Verplichtingen bij opname en/of behandeling

De verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht ervoor te zorgen, dat bij een opname in een ziekenhuis, revalidatiecentrum, sanatorium of verpleeginrichting:

- de Maatschappij direct, doch uiterlijk binnen 3 x 24 uur hiervan in kennis wordt gesteld
- uit een verklaring van de behandelend geneeskundige blijkt dat de opname medisch noodzakelijk is
- ingeval van plastische chirurgie vooraf toestemming van de Maatschappij is verkregen
- desgewenst aan de medisch adviseur van de Maatschappij of hen, die met de controle zijn belast, medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van alle gewenste inlichtingen.

ARTIKEL 15 Opname ziekenhuis in een hogere of lagere klasse

15.1 Bij verpleging in een hogere klasse dan waarvoor de polis dekking biedt, wordt het bedrag vergoed dat volgens het tarief van het ziekenhuis in de verzekerde klasse verschuldigd zou zijn geweest.

15.2 Wordt een verzekerde die voor klasse 2B is verzekerd opgenomen in een ziekenhuis dat slechts één tweede klasse kent, dan vindt volledige vergoeding plaats volgens de tarieven van die ene tweede klasse.

15.3 Ingeval een verzekerde die een aanvullende klasseverzekering heeft afgesloten bij opname in een ziekenhuis in een lagere dan de verzekerde klasse wordt verpleegd, vergoedt de Maatschappij op verzoek van verzekerde € 22,68 per ligdag, tot een maximum van 15 ligdagen per opname.

ARTIKEL 16 Verhaal tegenover derden

16.1 Bij mogelijke aanspraken jegens derden is de verzekerde verplicht de Maatschappij ten spoedigste daarvan in kennis te stellen.

16.2 De verzekerde is in dit geval gehouden de door de Maatschappij wenselijk geachte medewerking te verlenen om haar in staat te stellen de kosten op de aansprakelijke derden te verhalen. Bij het in gebreke blijven hiervan vervalt het recht op vergoeding en heeft de Maatschappij het recht de uitgekeerde bedragen terug te vorderen.

16.3 De verzekerde is niet gerechtigd enigerlei toezeggingen te doen of kwijting te verlenen, zonder vooraf toestemming van de Maatschappij te hebben ontvangen.

ARTIKEL 17 Samenloop AWBZ-aanspraken

17.1 Iedere ingezetene in Nederland kan aanspraken doen gelden krachtens de AWBZ, indien hij/zij aan de daarvoor gestelde criteria voldoet. De aanspraken vormen een aanvulling op deze verzekeringsvoorwaarden.

De uitvoering van de AWBZ berust bij die maatschappij waar ook de particuliere ziektekostenverzekering is ondergebracht, dan wel bij een door de overheid aangewezen zorgkantoor. De verstrekkingen krachtens de AWBZ zijn onderworpen aan een speciaal reglement.

17.2 De verstrekking krachtens de AWBZ is het minimum waarop verzekerde altijd recht heeft. Tenzij uitdrukkelijk anders overeengekomen, hebben niet-ingezetenen geen recht op vergoeding van kosten welke voor een Nederlands ingezetene voor rekening van de AWBZ zouden komen.

17.3 Geen aanspraak op vergoedingen bestaat indien deze verband houden met de inkomensafhankelijke of -onafhankelijke wettelijke eigen bijdragen krachtens de uitvoering van de AWBZ, alsmede kosten die de AWBZ-verstrekingen te boven gaan.

ARTIKEL 18 Aanspraak op toezeggingen

Uitsluitend wanneer de Maatschappij telefonische of mondelinge toezeggingen schriftelijk heeft bevestigd, kan door verzekerde aanspraak worden gemaakt op vergoeding van de betreffende verstreking(en).

ARTIKEL 19 Pakketuitbreiding/pakketwijziging

Onverminderd het bepaalde in de artikelen 3 en 10 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden dient een verzoek tot uitbreiding of wijziging van de dekking schriftelijk te geschieden. Wanneer verzekerde het bestaande verzekeringspakket wenst uit te breiden of te wijzigen, wordt deze aanvraag als een nieuwe verzekering aangemerkt, waarbij de gebruikelijke acceptatievoorwaarden door de Maatschappij worden toegepast met inachtneming van het bepaalde in artikel 22.3 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden. Uitbreiding/wijziging van het verzekeringspakket kan uitsluitend per 1 januari van elk kalenderjaar geschieden, met uitzondering van een uitbreiding met een aanvullend(e) pakket(ten).

ARTIKEL 20 Opschorting dekking/vervallen rechten

20.1 Bij niet betaling van de premie en wettelijke bijdragen binnen 30 dagen na de premievervaldatum, vervalt het recht op vergoeding, terwijl de verplichting tot premiebetaling blijft bestaan. Ingebrekestelling door de Maatschappij is hiervoor niet nodig.

20.2 Het recht op vergoeding vervalt eveneens bij niet terugbetaling van de door de Maatschappij aan de apotheek vooruit betaalde kosten binnen 30 dagen na dagtekening van het schrijven van de Maatschappij, terwijl de verplichting tot premiebetaling blijft bestaan. Bovendien vervalt het recht op verstrekingen in natura van geneesmiddelen.

20.3 Vanaf de eerste dag waarover de achterstallige premie verschuldigd is, tot aan de dag volgend op de dag waarop de achterstallige premie alsnog is voldaan, vervalt het recht op vergoeding; dat wil zeggen dat er geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoedingen van kosten betreffende medische hulp of de verwachting daarvan en alle medische kosten die hieruit voortvloeien en die tijdens genoemd tijdvak zijn ontstaan, ondanks eventueel eerder afgegeven garantieverklaringen en/of schriftelijke toezeggingen.

20.4 De dekking wordt weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten van invordering door de Maatschappij zijn ontvangen.

20.5 Indien de Maatschappij maatregelen treft tot incasso van haar vordering, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, voor rekening van de verzekeringnemer.

20.6 Geen rechten aan deze verzekering kunnen worden ontleend in geval verzekerde zich ten tijde van het ontstaan van de medische kosten buiten Nederland heeft gevestigd c.q. zijn/haar vaste woon- of verblijfplaats in het buitenland heeft, tenzij anders met de Maatschappij schriftelijk is overeengekomen.

ARTIKEL 21 Gezins- en adreswijziging

21.1 De verzekeringnemer dient aan de Maatschappij schriftelijk mededeling te doen van alle wijzigingen zoals: verandering van adres, huwelijk, geboorte, overlijden, inschrijving van een verze-

kerde in de verplichte verzekering (ziekenfonds), alsmede opgave van studerende kinderen die de leeftijd van 19 jaar hebben bereikt en wel binnen één maand nadat de wijziging heeft plaatsgevonden.

21.2 Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bij de Maatschappij bekend adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

21.3 Voor kinderen, geboren tijdens de duur van de verzekering en binnen één maand na hun geboorte bij de Maatschappij aangemeld, geldt dat hun verzekering van geboorte af van kracht is, ongeacht eventuele aangeboren ziekten, kwalen of afwijkingen.

ARTIKEL 22 Duur en beëindiging van de verzekering

22.1 Bij toetreding op 1 januari wordt de verzekering aangegaan voor de duur van het kalenderjaar en wordt daarna stilzwijgend van jaar tot jaar verlengd.

22.2 Ingeval de verzekering in de loop van een kalenderjaar aanvangt, wordt de overeenkomst aangegaan voor het lopende kalenderjaar én het daarop volgende kalenderjaar, met dien verstande dat de verzekering daarna stilzwijgend van jaar tot jaar wordt verlengd.

22.3 Opzegging van de verzekering dient vóór 1 oktober van enig jaar bij aangetekend schrijven in het bezit te zijn van de Maatschappij.

22.4 Tussentijdse beëindiging kan alleen plaatsvinden door:

- a. een verplichte verzekering (ziekenfonds) c.q. publiekrechtelijke ziektekostenverzekering en wel met ingang van de verstrekingsdatum welke op het bewijs van inschrijving van één der genoemde verzekeringen staat vermeld. Dit bewijs van inschrijving dient de Maatschappij uiterlijk binnen één maand na afgiftedatum te hebben ontvangen
- b. inschrijving op de Standaard Pakket Polis voor studerenden (SSPP) waarop studerende kinderen uit hoofde van de Wet Tegemoetkoming Studiekosten recht hebben
- c. overlijden van een verzekerde. Indien de verzekerde bij zijn overlijden tevens verzekeringnemer is, kunnen zijn achterblijvende gezinsleden de verzekering voortzetten, ongeacht hun gezondheidstoestand
- d. vestiging in het buitenland, tenzij verzekeringnemer en de Maatschappij anders overeenkomen.

22.5 De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing:

- bij een herziening van de premie, welke onmiddellijk voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens van de verzekerde aan wiens leeftijd de premie is gekoppeld
- bij een herziening van de premie en/of voorwaarden die voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen, daaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat
- bij een verlaging van de premie en/of uitbreiding van de dekking.

22.6 Bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd zal deze verzekering automatisch worden omgezet in de door de overheid bij wet ingevoerde Standaard Pakket Polis (SPP) per de eerste van de maand waarin verzekerde 65 jaar wordt.

ARTIKEL 23 Opschorting van de verzekering

Bij tijdelijke inschrijving in het ziekenfonds kan de verzekering worden opgeschort. Deze opschorting gaat in per datum van het verstrekingsbewijs, dat door het ziekenfonds als bewijs van inschrijving wordt afgegeven. De verzekering dient binnen 1 jaar na datum van de opschorting te worden hervat. Na deze termijn is er sprake van een nieuwe aanmelding, waarbij de gebruikelijke acceptatievoorwaarden van toepassing zijn met inachtneming van het bepaalde in de artikelen 3 en 10 van

de Algemene Verzekeringsvoorwaarden. Tijdens de duur van de opschorting is er geen premie verschuldigd.

ARTIKEL 24 Opzegging van de verzekering door de Maatschappij

24.1 De Maatschappij is generlei vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen, indien de verzekeringnemer niet aan de betalingsverplichtingen jegens de Maatschappij binnen de gestelde termijnen heeft voldaan, terwijl de verplichting tot betaling met betrekking tot de vordering blijft bestaan.

24.2 De Maatschappij kan de verzekering beëindigen, ingeval:

- a. de verzekerde in strijd met de reglementen of besluiten van de Maatschappij handelt
- b. de verzekerde de Maatschappij op onredelijke wijze benadeelt
- c. verzekeringnemer of verzekerde zich jegens de Maatschappij schuldig maakt aan bedrog, het opzettelijk doen van onjuiste mededelingen of andere ernstige misdragingen
- d. de verzekerde niet meer in Nederland woonachtig is en zijn vaste woon- of verblijfplaats in het buitenland heeft, tenzij anders schriftelijk met de Maatschappij is overeengekomen.

ARTIKEL 25 Samenloop van verzekeringen

Indien, zo deze verzekeringsovereenkomst niet bestond, door verzekeringnemer of verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, enigerlei subsidie-regeling 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.

Artikel 26 Herziening van voorwaarden, premies en/of eigen risico

26.1 De Maatschappij heeft het recht de verzekeringsvoorwaarden, 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 van toepassing zijnde eigen risico.

26.2 Ingeval de herziening de aanspraken voortvloeiend uit de verzekeringsovereenkomst beperkt en/of de premie en/of het eigen risico wordt verhoogd, dan heeft verzekeringnemer -met inachtneming van het gestelde in lid 26.3 en 26.4- het recht de verzekeringsovereenkomst 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 schriftelijk worden beëindigd en niet de hoofdverzekering.

26.3 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 de verzekeringnemer heeft ontvangen dat deze niet akkoord is met de herziening, wordt de verzekering voortgezet volgens de nieuwe verzekeringsvoorwaarden, premie en/of eigen risico.

26.4 De bevoegdheid tot beëindiging van de verzekeringsovereenkomst bestaat niet in de navolgende gevallen:

- a. bij een herziening van de verzekeringsvoorwaarden, de premie en/of het eigen risico voortvloeiende uit wettelijke regelingen, wettelijke bepalingen en/of overheidsmaatregelen, waaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat;

- b. bij een herziening van de verzekeringsvoorwaarden, de premie en/of eigen risico betrekking hebbende op het bereiken van een bepaalde leeftijdsgrens door een verzekerde;
- c. een premiewijziging betrekking hebbende op een wijziging van de wettelijke bijdrage/wettelijke eigen risico en/of invoering c.q. wijziging van de nominale AWBZ-premie.

ARTIKEL 27 Geschillen

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 KBB, Postbus 11072, 9700 CB te Groningen. 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 verzekeringsovereenkomst door de Maatschappij.

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.

Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

ARTIKEL 28 Persoonsgegevens

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden door verzekeraar gebruikt voor het accepteren van een aanvraag, het uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst en de wettelijke regelingen. Tevens worden persoonsgegevens gebruikt voor overige activiteiten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering, zoals ten behoeve van fraudepreventie of om te informeren over relevante producten en diensten. Voor nadere informatie kan de website www.anderzorg.nl worden bezocht.

ARTIKEL 29 Niet voorziene gevallen

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

ARTIKEL 30 Slotbepaling

Deze verzekeringsvoorwaarden treden in werking op 1 januari 2003. Alle voorgaande verzekeringsvoorwaarden komen hiermee te vervallen.

Omvang van de Dekking

Met inachtneming van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, wordt door de Maatschappij vergoeding van kosten verleend van de hierna genoemde verstrekkingen, waarop de verzekerde recht heeft overeenkomstig de verzekerde klasse en op basis van de rechtsgeldige tarieven.

ARTIKEL 1 Ziekenhuisopname

Vergoed worden:

1.1 De kosten van verpleging in een ziekenhuis tot maximaal 365 dagen per ziektegeval.

1.2 De kosten van medisch-specialistische of kaakchirurgische hulp.

1.3 Bijkomende kosten van verpleging die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens de verpleging in een ziekenhuis.

1.4 Wanneer een meeverzekerd kind in verband met borstvoeding bij de moeder in het ziekenhuis verblijft, worden gedurende de eerste 3 levensmaanden de verpleegkosten voor het kind vergoed, indien en zolang de Maatschappij voor de moeder vergoeding van verpleegkosten is verschuldigd.

1.5 Vergoed worden de kosten van onderzoek, opname en verder verblijf in het Nederlands Astma Centrum te Davos, Zwitserland, indien en voor zover de noodzaak tot opname is vastgesteld na evaluatie van de klachten en na optimale behandeling in een ziekenhuis in Nederland. De Maatschappij dient op een desbetreffend verzoek tevoren een machtiging afgegeven te hebben welke een geldigheid van zes weken heeft, tenzij anders is bepaald.

ARTIKEL 2 Zorgcoördinator

Indien een verzekerde voor een opname in een ziekenhuis op een wachtlijst is geplaatst, zal de zorgcoördinator, indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, proberen een plaats in een ander ziekenhuis te vinden, waar de verzekerde sneller geholpen kan worden.

Bemiddelingskosten in rekening gebracht door een andere bemiddelaar dan de Maatschappij komen niet voor vergoeding in aanmerking.

ARTIKEL 3 Dagverpleging in een ziekenhuis

Indien een medisch-specialistisch onderzoek of behandeling niet poliklinisch kan plaatsvinden, worden vergoed:

- a. het tarief voor dagverpleging (M 10)
- b. het honorarium van de medisch-specialist
- c. de bijkomende kosten.

ARTIKEL 4 Zelfstandig Behandel Centrum (privé-kliniek)

Indien en voorzover de medische noodzaak daartoe bestaat, vergoedt de Maatschappij de kosten van behandeling in een zelfstandig behandelcentrum 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 poliklinisch of in dagverpleging plaatsvindt.

De vergoeding van de in rekening gebrachte kosten bedraagt nooit meer dan de door het CTG vastgestelde tarieven.

ARTIKEL 5 Plastische chirurgie (vormverbeterende operatie)

Vergoed worden de kosten van medisch noodzakelijke, vormverbeterende operaties van het uiterlijk (klinisch of poliklinisch), die rechtstreeks een gevolg zijn van een ziekte of van een bij een ongeval ontstane ernstige verminking, dan wel rechtstreeks verband houden met (een) bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking(en). Recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien de Maatschappij op een daartoe strekkend verzoek tevoren schriftelijk toestemming heeft gegeven.

ARTIKEL 6 Dag- en nachtbehandeling

Vergoed worden de kosten bij opname voor een dag- of nachtbehandeling in geval van:

- a. hartrevalidatie
- b. longrevalidatie
- c. dermatologische nachtbehandeling.

De behandeling dient tijdig en vooraf schriftelijk te worden aangevraagd, vergezeld van een door de specialist opgesteld behandelingsplan en te zijn goedgekeurd door de Maatschappij, die als bewijs van haar toestemming aan de instelling een garantieverklaring heeft verstrekt.

ARTIKEL 7 Niet-klinische (poliklinische) medisch-specialistische behandeling

Bij poliklinische specialistische hulp wordt na schriftelijke verwijzing door een huisarts, tandarts, specialist of verloskundige vergoed:

- a. het honorarium van de medisch-specialist, poliklinisch of bij de medisch-specialist thuis
- b. de bijkomende kosten.

Voor poliklinische specialistische hulp, verleend door een oogarts of keel-, neus- en oorarts, is geen verwijzing noodzakelijk; indien de Maatschappij hierom vraagt dient verzekerde voor de andere verwijzingen een verwijsbrief van de specialist, huisarts of tandarts over te leggen.

ARTIKEL 8 Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK)

Vergoed worden de kosten voor de centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de SNWLK.

ARTIKEL 9 Nierdialyse

9.1 Vergoed worden kosten van nierdialyse voor elke behandeling met een kunstnier, zowel in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) als bij de verzekerde thuis.

9.2 Bij thuisdialyse vindt ook vergoeding plaats van bepaalde niet-medische kosten overeenkomstig de regeling zoals deze door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, indien en voor zover de Maatschappij op een daartoe strekkend verzoek tevoren toestemming heeft gegeven. Door de Maatschappij kunnen hierbij nadere voorwaarden worden gesteld.

ARTIKEL 10 Orgaantransplantaties

10.1 Vergoed worden de kosten van transplantatie van de volgende donororganen: huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart, lever (orthotoop), long en hart-long, alsmede de kosten van weef-

selyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS), indien is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- de behandeling vindt plaats in een door de bevoegde overheidsinstantie voor deze verrichtingen erkende instelling in Nederland
 - voor de behandeling zijn officieel goedgekeurde tarieven afgegeven
 - de Maatschappij heeft op een daartoe strekkend verzoek vooraf schriftelijk toestemming gegeven.
- De kosten van transplantaties van andere, niet genoemde organen worden niet vergoed.

10.2 Vergoed worden de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor hij is verzekerd. Een donor heeft bovendien recht op medische behandeling gedurende ten hoogste drie maanden na datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met de desbetreffende orgaantransplantatie. Recht op behandeling bestaat uitsluitend na voorafgaande schriftelijke toestemming door de Maatschappij.

ARTIKEL 11 Chronisch intermitterende beademing

Vergoed worden de kosten verband houdend met mechanische beademing op voorschrift van een medisch-specialist in een daartoe toegelaten beademingscentrum of de kosten in verband met de door dat beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van de verzekerde.

ARTIKEL 12 Trombosedienst

Vergoed worden de kosten van zorg door de trombosedienst op voorschrift van een medisch-specialist.

ARTIKEL 13 Revalidatie

13.1 Vergoed worden de kosten van revalidatie. Hierop bestaat slechts aanspraak indien:

- a. deze hulp voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat, én
- b. de verzekerde met die hulp in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen redelijkerwijs mogelijk is.

13.2 Revalidatie kan plaatsvinden:

- a. in een klinische situatie (opname) tot maximaal 365 dagen per ziektegeval. Op vergoeding van kosten van revalidatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, bestaat slechts aanspraak indien daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname
- b. in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

13.3 Vergoeding van de kosten, bedoeld onder lid 1 en lid 2 van dit artikel, vindt uitsluitend plaats wanneer door of namens de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming voor opname en/of behandeling is gevraagd bij de Maatschappij en wanneer de Maatschappij als bewijs van haar toestemming aan de instelling een garantieverklaring heeft verstrekt.

De aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een behandelplan.

Dit behandelplan dient ten minste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines, alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

ARTIKEL 14 Farmaceutische zorg, dieetpreparaten en verbandmiddelen

14.1 De kosten van farmaceutische zorg

Vergeoed worden de kosten van genees-, dieet- en verbandmiddelen - overeenkomstig de regeling Farmaceutische Zorg/Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld - afgeleverd op voorschrift van een huisarts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige door een in Nederland gevestigd apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Een geneesmiddel dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, komt voor vergoeding in aanmerking.

De regeling Farmaceutische Zorg en de regeling Dieetpreparaten maken deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en zijn op aanvraag verkrijgbaar.

14.2 Vergoeding van geneesmiddelen

Op de vergoeding van geregistreerde geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Dit betekent dat voor een aantal geneesmiddelen een limiet aan de vergoeding wordt gesteld.

Geneesmiddelen waarvoor nog geen limiet is vastgesteld vallen in beginsel buiten de vergoeding, tenzij de regeling Farmaceutische Zorg of de Maatschappij anders bepaalt.

Indien wel een vergoedingslimiet is vastgesteld en de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet valt het meerdere buiten de vergoeding van kosten.

14.3 Zelfzorggeneesmiddelen

Voor de zogenaamde zelfzorggeneesmiddelen - zijnde geregistreerde geneesmiddelen die zonder recept bij apotheker of drogist verkrijgbaar zijn - geldt een aparte vergoedingsregeling:

- bij een chronisch gebruik van een aantal zelfzorggeneesmiddelen worden de kosten vergoed na de eerste medicatie van vijftien dagen
- op het voorschrift van de behandelend arts dient aangegeven te zijn dat het chronisch gebruik (c.g.) betreft. Hieronder wordt verstaan langer dan drie maanden.

14.4 Voorschrifttermijn

Per voorschrift worden de geneesmiddelen maximaal vergoed voor een periode van

- vijftien dagen, indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft
- een half jaar, indien het orale anticonceptiva betreft
- drie maanden, indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, waaronder insuline, met uitzondering van hypnotica, anxiolytica of eetlustremmende geneesmiddelen
- vijftien dagen, indien het een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica betreft
- een maand in overige gevallen.

14.5 Vergoeding dieetpreparaten

De kosten van dieetpreparaten worden vergoed - overeenkomstig de regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld - na aanvraag bij en voorafgaande toestemming van de Maatschappij.

De kosten van dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige slikstoornis, een ernstige passagestoornis, een ernstig resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis, chronisch obstructief longlijden, cystische fibrose of een ernstig congenitaal hartfalen en verzekerde bij dat hartfalen een dreigende groeiachterstand heeft. In geval van een ernstige koemelkeiwit-overgevoeligheid of -allergie bij zuigelingen vindt alleen een vergoeding van de kosten voor dieetvoeding plaats op basis van 30%, zolang de leeftijd van anderhalf jaar nog niet is bereikt.

14.6 Vergoeding verbandmiddelen

Verbandmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien er sprake is van een ernstige aandoening, waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

14.7 Preventieve geneesmiddelen

De kosten voor geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland zijn van vergoeding uitgesloten.

ARTIKEL 15 Ziekenvervoer

Indien en voorzover openbaar vervoer om medische redenen niet verantwoord is, worden de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer vergoed van zowel naar als van het dichtstbijzijnde ziekenhuis of kraaminrichting, alsmede naar en van de plaats waar een behandeling plaatsvindt, respectievelijk naar en van een inrichting waarin de verzekerde ten laste van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.

De kosten van vervoer van de in een ziekenhuis opgenomen verzekerde, die op eigen verzoek vervoerd wenst te worden naar een ander ziekenhuis in of zo dicht mogelijk bij zijn woonplaats of een andere plaats van keuze, komen voor eigen rekening.

Onder medisch noodzakelijk ziekenvervoer wordt verstaan:

- a. ambulance
- b. taxi
- c. eigen vervoer per auto, waarbij de hoogte van de vergoeding is gebaseerd op een bedrag van € 0,20 per gereden kilometer.

De kosten van het ziekenvervoer dienen verband te houden met medische behandelingen zoals genoemd in de artikelen 1, 3, 7, 13, 29 en 36 van de "Omvang van de Dekking", waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van de Maatschappij komen.

ARTIKEL 16 Hulpmiddelen

16.1 Vergoed worden de kosten van aanschaf dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen (eenvoudige uitvoering) voorgeschreven door de behandelend arts overeenkomstig de maximumbedragen van de Bepaling Hulpmiddelen, zoals die door de Maatschappij is vastgesteld. Deze Bepaling maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, dit ter beoordeling van de Maatschappij.

16.2 Het recht op vergoeding van de kosten van aanschaf dan wel bruikleen bestaat uitsluitend indien en voorzover de Maatschappij op een daartoe strekkend verzoek te voren toestemming/een machtiging heeft (af)gegeven. Bij deze toestemming/machtiging kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

16.3 De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Bepaling Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Hierbij wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik, waaronder (ook) batterijen.

ARTIKEL 17 Overige hulpmiddelen

17.1 Bloedsuikermeter

Ingeval van Diabetes Mellitus (suikerziekte), waarbij verzekerde insulineafhankelijk is, bestaat recht op zelfcontrolemiddelen. De Maatschappij draagt zorg voor de aanschaf van de bloedsuikermeter.

17.2 Thuismonitor

De verzekerde heeft recht op vergoeding van huurkosten van bewakingsapparatuur in de thuissituatie, ter voorkoming of bekorting van verblijf in een ziekenhuis. Vooraf dient een machtiging van de Maatschappij te zijn verkregen.

ARTIKEL 18 Hulp door een audiologisch centrum

Vergoed worden de kosten van onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psychosociale hulp indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie door een - daartoe door de bevoegde overheidsinstantie erkend - audiologisch centrum op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

ARTIKEL 19 Erfelijkheidsonderzoek

Vergoed worden de kosten van zorg in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek.

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

De kosten gemaakt voor andere personen dan de verzekerde komen voor rekening van de eigen verzekeraar(s) van de onderzochte andere personen.

ARTIKEL 20 Tandheelkundige zorg

20.1 Tandheelkundige zorg aan verzekerden met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap

Indien door een lichamelijke en/of verstandelijke handicap een langere dan de normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, wordt na vooraf verleende goedkeuring door de Maatschappij vergoeding van kosten verleend, in rekening gebracht door een tandarts met betrekking tot de verzekerde verrichtingen, op basis van het door het CTG goedgekeurd tarief per behandelingsuur.

Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend voor verzekerden met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap, die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de AWBZ.

20.2 Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

De kosten van tandheelkundige behandelingen worden volledig vergoed in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Het betreft de volgende afwijkingen (limitatief):

- a. het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen minstens tien is, de verstandskiezen hieronder niet begrepen
- b. kaakgewrichtsklachten, indien gebleken is dat een eerste behandeling, zoals inslijpen, instructie spieroefeningen, opbeetplaat of aanpassing prothese, door de (huis)tandarts of in het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde niet tot het gewenste resultaat heeft geleid
- c. een defect ten gevolge van een ongeval (dento-alveolair defect), waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn
- d. een lip- en/of kaak- en/of gehemeltepleet
- e. een uitgebreid defect aan de mond en/of kaak en/of aangezicht ten gevolge van een ongeval en/of na voorafgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-facial defect).

Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de behandeling plaatsvindt in een door de overheidsinstantie als zodanig (voorlopig) erkend uni-versitair of daarmee gelijkgesteld centrum, én
- de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist, én
- de Maatschappij op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door haar goed te keuren behandelingsplan, tevoren toestemming heeft gegeven.

Geen aanspraak op vergoeding van kosten bestaat voor de specifieke tarieven die gehanteerd worden betreffende tandheelkundige behandelingen voor extreem angstige volwassenen én kinderen.

20.3 Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 19 jaar

Vergoed worden de kosten van tandheelkundige behandelingen, met uitsluiting van orthodontische behandelingen, verricht door een tandarts of jeugd tandverzorgingsdienst tot maximaal € 226,89 per verzekerde per kalenderjaar. Onder deze regeling vallen tevens de kosten van tandheelkundige behandelingen bij extreem angstige kinderen.

ARTIKEL 21 Kaakchirurgie/orthodontie/tandheelkundige implantaten

21.1 Kaakchirurgische behandeling

Na schriftelijke verwijzing door de huisarts of tandarts bestaat het recht op vergoeding van de kosten voor chirurgische tandheelkundige hulp volgens medische en tandheelkundige normen algemeen aanvaard en behorend tot het specialisme waarvoor de kaakchirurg is ingeschreven. Geen vergoeding wordt verleend voor kaakchirurgische ingrepen die ook door de tandarts kunnen worden verricht.

21.2 Kaakorthopedische behandeling (orthodontie)

Vergoed worden de kosten van kaakorthopedische behandelingen door een orthodontist op advies van de huisarts of tandarts en verricht in de volgende gevallen:

- a. een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of kaak- en/of verhemelte-spleet (cheilo- en/of gnat- en/of palatoschisis)
- b. een kaakorthopedische afwijking in boven- en onderkaak die uitsluitend door middel van een chirurgische behandeling (osteotomie) gecorrigeerd kan worden en waarbij een kaakorthopedi-sche voor- of nabehandeling noodzakelijk is
- c. een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lichamelijke ontwikkelingsstoornis (dysostosis cleidocranialis), waarbij één van de symptomen een teveel aan gebitselementen met vertraagde of verstoorde doorbraak is
- d. een ernstige functionele kaakorthopedische afwijking ten gevolge van condylaire groeistoornissen. Indien in verband met een kaakchirurgische behandeling een machtiging is verkregen en de gebits-regulerende behandeling genoemd in lid b, door welke omstandigheid dan ook, niet binnen twee jaar wordt gevolgd door de gemachtigde kaakchirurgische behandeling, is de verzekerde verplicht de reeds vergoede bedragen van de gebitsregulatie terug te betalen.

De Maatschappij kan in overleg met de verzekerde een termijn van terugbetaling vaststellen.

21.3 Tandheelkundige implantaten

Vergoed worden de kosten met betrekking tot het plaatsen van tandheelkundige implantaten, doch uitsluitend indien:

- de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken, tandenloze (edentate) kaak, én
- de implantaten dienen als steun voor een (overkappings-)prothese.

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de implantaten door de kaakchirurg of door een tandarts-implantoloog, die staat ingeschreven in het TVSI-register van de Nederlands Vereniging voor Orale Implantologie, worden ingebracht, én

- de Maatschappij op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door haar goed te keuren behandelingsplan, tevoren toestemming heeft verleend.

Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

Vergoedingsregeling bij plaatsing door kaakchirurg

- honorarium kaakchirurg
- de bijkomende ziekenhuiskosten
- honorarium anesthesist (indien van toepassing).

Niet vergoed worden de kosten van de implantaten, de supra-/mesostructuur op de implantaten en de (overkappings-)prothese.

Vergoedingsregeling bij plaatsing door tandarts-implantoloog (TSVI-register)

- de van toepassing zijnde i-codes
- 50% van de kosten betreffende de implantaten en de supra-/mesostructuur.

Niet vergoed worden de kosten van de (overkappings-)prothese.

21.4 Orthodontische hulp (gebitsregulatie)

Voor verzekerden jonger dan 19 jaar worden na schriftelijke verwijzing door de huisarts of tandarts én na overlegging van een kostenbegroting door de behandelend orthodontist of tandarts de kosten van orthodontische behandelingen vergoed tot een maximum van € 1815,12 per verzekerde tijdens de gehele verzekeringsduur.

Aanspraak op vergoeding van deze kosten bestaat slechts, indien de Maatschappij vóór de aanvang van de behandeling daartoe schriftelijk toestemming heeft gegeven.

ARTIKEL 22 Huisartsenhulp

Vergoed worden de kosten van hulp verleend door de huisarts betreffende:

- consult, visite
- (laboratorium)onderzoek en/of behandeling
- de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

ARTIKEL 23 Fysiotherapie

23.1 Fysiotherapie en oefentherapie

Vergoed worden maximaal 18 behandelingen per indicatie per kalenderjaar, mits op voorschrift van de behandelend huisarts of medisch specialist, waarbij dient te worden aangegeven welke vorm van therapie geïndiceerd is, en mits verricht door een fysiotherapeut of een oefentherapeut César/Mensendieck. De verwijfsbrief (of een kopie hiervan) dient vooraf door de Maatschappij te zijn ontvangen.

Manuele therapie door fysiotherapeut

Vergoed worden de kosten van maximaal 12 behandelingen manuele therapie per kalenderjaar (vallend onder de 18 fysiotherapie behandelingen per indicatie), verricht door een fysiotherapeut welke staat ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT).

Kinderfysiotherapie

Vergoed worden de kosten van 24 behandelingen kinderfysiotherapie per kalenderjaar, verleend aan verzekerden tot 18 jaar, verricht door een kinderfysiotherapeut, die staat ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Kinder- en Jeugdgezondheidszorg (NVFK).

23.2 Fysiotherapie en oefentherapie (chronische indicatie).

Indien de verzekerde een indicatie heeft voor (kinder-)fysiotherapie per kalenderjaar (met uitzondering van manuele therapie) dan wel oefentherapie César/Mensendieck in verband met een chronische aandoening - overeenkomstig de regeling Fysiotherapie en oefentherapie César/Mensendieck, zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld en welke deel uitmaakt van deze verzekeringsvoorwaarden - bestaat recht op vergoeding van het noodzakelijke aantal behandelingen per indicatie. Hiervoor dient vooraf toestemming - waarbij nadere voorwaarden ten aanzien van de behandeling kunnen worden gesteld - van de Maatschappij te worden gevraagd middels een behandelplanformulier fysiotherapie. Dit formulier behoort verzekerde zelf bij de Maatschappij aan te vragen.

23.3 Fysiotherapie op haptonomische basis

Onder fysiotherapie zoals omschreven in lid 1 van dit artikel wordt tevens verstaan fysiotherapie op haptonomische basis. De vergoeding van deze behandelingen bedraagt maximaal het CTG-tarief voor fysiotherapie (zittingentarief).

23.4 Diagnosecode

Op de nota's dient te allen tijde de diagnosecode vermeld te worden. Bij ontbreken hiervan kan de nota door de Maatschappij geweigerd worden.

23.5 Uitsluitingen

Geen vergoeding wordt verleend voor:

- a. behandeling volgens yogaleer, magnetiseren, acupunctuur en lasertherapie
- b. vervoer, verband houdende met fysiotherapie, tenzij met de Maatschappij anders is overeengekomen
- c. overige therapieën, die niet onder fysiotherapie worden verstaan, zoals: zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie, fysiotherapeutische begeleiding bij sporthervatting
- d. bandages, tapes, hot- of coldpacks
- e. het afnemen van testen
- f. individuele behandeling dan wel groepsbehandeling die er slechts toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen
- g. trainings-/therapieprogramma's (waaronder o.a. Medplan).

ARTIKEL 24 Logopedie/stottertherapie

24.1 De kosten van 24 behandelingen (door een logopedist) op voorschrift van de huisarts of medisch specialist, komen voor vergoeding in aanmerking. De verwijsbrief (of een kopie hiervan) dient vooraf aan de Maatschappij te worden gezonden.

Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan de behandeling van taalontwikkelingsstoornissen indien er sprake is van dialect en anderstaligheid en van dyslexie.

Wanneer meer dan 24 behandelingen logopedie noodzakelijk zijn, dient vooraf toestemming bij de Maatschappij te worden aangevraagd middels een *behandelplanformulier logopedie*. Dit formulier behoort verzekerde zelf bij de Maatschappij aan te vragen.

24.2 Op voorschrift van de huisarts of specialist worden de kosten van stottertherapie volgens de methode "Del Ferro" vergoed tot een maximum van € 453,78 per verzekerde voor de gehele verzekeringsduur.

ARTIKEL 25 Overige paramedische hulp

25.1 Podotherapie

Op voorschrift van de huisarts of specialist wordt per verzekerde éénmaal per 12 maanden een bijdrage van € 68,06 verleend in de kosten voor consult, onderzoek dan wel behandeling door een podotherapeut.

Niet vergoed worden:

- de voorgeschreven prothesen
- behandelingen die ook verricht kunnen worden door een pedicure, behalve in geval van diabetes mellitus (suikerziekte).

25.2 Chiropractie

Maximaal worden 12 behandelingen door een chiropractor per verzekerde per kalenderjaar vergoed met een maximum van € 27,22 per behandeling.

25.3 Ergotherapie

Uitsluitend na verwijzing door de behandelend arts worden de kosten van maximaal 24 behandelingen enkelvoudige extramurale ergotherapie per verzekerde per kalenderjaar vergoed. Enkelvoudige extramurale ergotherapeutische hulp omvat de hulp door een ergotherapeut, verbonden aan een revalidatiecentrum, verpleeghuis of ziekenhuis, bij de verzekerde thuis dan wel in de behandelruimte van genoemde instellingen. De vergoeding bedraagt per 15 minuten behandeltime door het CTG vastgesteld tarief. Voor de behandeling van een verzekerde aan huis kan per bezoek maximaal éénmaal het vastgestelde CTG-tarief in rekening worden gebracht, ongeacht de duur van de behandeling.

ARTIKEL 26 Overige therapeutische hulp (huidtherapie)

26.1 Lymfdrainage

Na voorafgaande toestemming wordt per verzekerde maximaal € 34,03 per therapeutische lymfdrainagebehandeling vergoed met een maximum aantal van 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

26.2 Elektrische epilatie

Mits de kosten per vrouwelijke verzekerde meer dan € 181,51 per 12 maanden bedragen én hierbij vooraf toestemming door de Maatschappij is gegeven én de behandeling geschiedt op voorschrift van de huisarts of specialist, waaruit duidelijk de medische noodzaak blijkt, vergoedt de Maatschappij de kosten van elektrische epilatie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, met een maximum van € 1134,45 tijdens de gehele verzekeringsduur.

26.3 Psoriasisbehandeling

Na verwijzing door de huisarts of dermatoloog, en na voorafgaande 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 € 453,78 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 € 226,89 per kalenderjaar.

Indien de verzekerde besluit tot aankoop van de apparatuur vergoedt de Maatschappij éénmalig per 60 maanden vanaf datum aankoop € 453,78 onder aftrek van de reeds uitgekeerde huurkosten.

ARTIKEL 27 Second opinion

Vergoed worden de kosten voor het raadplegen van een andere specialist, indien de behandelend specialist een operatieve ingreep heeft voorgesteld.

ARTIKEL 28 Abortus/sterilisatie

Vergoed worden de kosten van abortus en sterilisatie in een ziekenhuis.

Bij sterilisatie van de man wordt vergoeding van kosten verleend tot ten hoogste het bedrag dat verschuldigd zou zijn geweest bij een poliklinische behandeling.

ARTIKEL 29 Bevalling

Hiervoor gelden de navolgende vergoedingsregelingen, mits de verzekerde moeder ten minste twaalf maanden op deze polis staat ingeschreven. Voornoemde bepaling is niet van toepassing op personen, die in directe aansluiting op de verplichte verzekering of particuliere ziektekostenverzekering zich bij de Maatschappij hebben aangemeld en geaccepteerd zijn. Bij het vaststellen van de medische indicatie voor de bevalling alsook voor het kraambed worden de richtlijnen van de "Herziene Kloostermanlijst" (verloskundige indicatielijst) gehanteerd.

Tevens ontvangt de aanstaande moeder van de Maatschappij een medisch kraampakket, dat op eigen verzoek door de Maatschappij wordt verstrekt voor de 7e maand van de zwangerschap.

De in de bevallings- (art. 29) en kraamzorgregeling (art. 30) genoemde uitkeringen worden uitgekeerd na ontvangst van een uittreksel uit het geboorteregister óf geboortekaartje met een verklaring van een huisarts, gynaecoloog of verloskundige. Dit bewijs of deze verklaring dient binnen 1 maand na de geboorte bij de Maatschappij te worden ingediend.

29.1 (Poli)klinische bevalling en/of kraambed in het ziekenhuis met medische noodzaak

Indien er sprake is van een bevalling en/of kraambed met medische indicatie bestaat voor het verblijf in het ziekenhuis voor moeder en kind met ingang van de dag van de bevalling, indien en voor zolang verblijf in het ziekenhuis medisch noodzakelijk is, recht op vergoeding van:

- de kosten van opname
- de door het ziekenhuis in rekening gebrachte bijkomende kosten (inclusief verloskamer)
- het honorarium voor de verleende verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg), in rekening gebracht door de specialist, verloskundige of huisarts.

29.2 Poliklinische bevalling zonder medische indicatie

Indien de bevalling poliklinisch, zonder medische indicatie, plaatsvindt bestaat aanspraak op vergoeding van door het ziekenhuis in rekening gebrachte kosten inzake gebruik verloskamer. Tevens wordt het honorarium van de huisarts of verloskundige vergoed.

29.3 Thuisbevalling

Indien de bevalling thuis plaatsvindt, vergoedt de Maatschappij het honorarium van de huisarts of verloskundige. Bovendien bestaat recht op vergoeding van 10 (extra) uren kraamzorg in verband met assistentie tijdens de bevalling, mits deze wordt verleend door een erkend kraamverzorgster. De vergoeding bedraagt maximaal € 22,68 per uur.

29.4 Bevalling en kraambed in het ziekenhuis zonder medische indicatie

Indien de bevalling en het kraambed op (eigen) verzoek van verzekerde in het ziekenhuis of een kraaminrichting plaatsvinden, ontvangt de verzekerde moeder € 1815,12 als tegemoetkoming in de gemaakte kosten, na overlegging van de betreffende nota('s) of (een) kopie(ën) daarvan. Hiernaast bestaat geen aanspraak op de verstrekkingen zoals genoemd in artikel 30 (kraamzorg).

ARTIKEL 30 Kraamzorg

Aanspraak op de in dit artikel genoemde verstrekkingen vindt alleen plaats indien de moeder tenminste 12 maanden op deze polis staat ingeschreven.

30.1 Natura-regeling

Met deze regeling verzorgt de Maatschappij de kraamzorg thuis in een samenwerkingsverband met Zorg Unie Nederland (ZUN).

Wanneer de verzekerde moeder de zwangerschap uiterlijk 3 maanden vóór de uitgerekende datum heeft gemeld bij de Maatschappij, verzorgt deze alle verder afspraken en regelingen. Verzekerden die poliklinisch of thuis bevallen hebben recht op **40 uur** kraamzorg.

Het aantal uren kraamzorg, waarop verzekerde recht heeft tijdens en vervolgens binnen 10 dagen na de dag van de bevalling, kan naar eigen inzicht in overleg met de ZUN over deze dagen verdeeld worden. Indien meer uren kraamzorg gewenst zijn, kunnen deze door verzekerde zelf bij de ZUN bijgekocht worden.

Verzekerde kan daarnaast voor telefonische advisering op het terrein van voeding, gezondheid en ontroostbaar huilen te allen tijde de “**kraamzorg-servicelijn**” bellen, dag en nacht bereikbaar onder het telefoonnummer 0592-395192.

30.2 Buiten natura-regeling

Indien verzekerde geen aanspraak maakt op de regeling, zoals genoemd in lid 1 van dit artikel, ontvangt zij € 907,56 als tegemoetkoming in de gemaakte kosten.

30.3 Regeling bij artikel 29.1 (met uitzondering van de poliklinische bevalling)

Voor iedere dag die de moeder en pasgeborene binnen 8 dagen, waarbij de dag van de bevalling als eerste dag gerekend wordt, eerder uit het ziekenhuis ontslagen worden, bestaat recht op **5 uur** kraamzorg per dag óf € 113,44 per dag.

30.4 Regeling bij een Sectio Caesarea (keizersnede)

Ingeval van een sectio caesarea (keizersnede) heeft verzekerde, binnen 15 dagen vanaf de dag van de bevalling (dag 1) recht op **5 uur** kraamzorg per dag óf € 113,44 per dag voor die dagen welke niet in het ziekenhuis worden doorgebracht.

ARTIKEL 31 Behandelingen fertiliteitsstoornissen

31.1 Inzake de behandelingen van fertiliteitsstoornissen worden de kosten van operatieve ingrepen en hormoonbehandeling volledig vergoed.

31.2 Daarenboven vindt een (gedeeltelijke) vergoeding voor de hieronder genoemde behandelingen plaats, mits aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- er is sprake van een primaire kinderloosheid
- de vrouwelijke verzekerde is jonger dan 38 jaar
- er is sprake van een alom geaccepteerde medische indicatie
- er is vooraf een aanvraag/machtiging voor de behandeling ingediend en de Maatschappij heeft hiervoor haar toestemming gegeven, waarbij nadere voorwaarden kunnen zijn gesteld.

Kunstmatige Inseminatie (KI)

De behandelingen worden volledig vergoed conform de geldende CTG-tarieven.

In Vitro Fertilisatie (IVF)

Mits de behandeling plaatsvindt in een in Nederland gelegen ziekenhuis, dat voor de genoemde behandeling van overheidswege een vergunning heeft, vindt vergoeding plaats van de kosten voor maximaal 3 pogingen met een maximale vergoeding van € 1134,45 per poging (een al dan niet volledige IVF-cyclus) onder aftrek van een eigen bijdrage van € 363,02 per poging.

Intra-Cellulaire-Semen-Injectie (ICSI)

Voor deze behandeling geldt eenzelfde vergoedingsregeling als bij IVF, echter met een maximale vergoeding van € 1361,34 per poging.

31.3 De kosten van de in lid 2 van dit artikel omschreven behandelingen worden alleen vergoed, indien de vrouw die de behandeling(en) ondergaat, bij de Maatschappij als verzekerde staat ingeschreven.

31.4 Het maximaal aantal pogingen van de IVF- en de ICSI-behandelingen tezamen kan nooit meer dan 3 bedragen voor de gehele verzekeringsduur.

31.5 Uitgesloten is de behandeling van infertiliteit die ontstaan is na een kunstmatig verkregen steriliteit (vrijwillig ondergane sterilisatie).

ARTIKEL 32 Adoptieregeling

Indien er sprake is van een primaire kinderloosheid van de vrouw als gevolg van een alom geaccepteerde medische indicatie, wordt uitsluitend na voorafgaande aanvraag met toestemming van de Maatschappij éénmalig een tegemoetkoming in de kosten verleend ingeval verzekerde besluit tot het adopteren van een kind in plaats van het ondergaan van een IVF/ICSI-behandeling.

Vergoed worden de werkelijk gemaakte kosten met een maximum van € 1815,12.

Zowel de verzekerde vrouw als de verzekerde partner dienen in dezelfde verzekeringsvorm bij de Maatschappij te zijn ingeschreven.

Alvorens toestemming voor de tegemoetkoming in de kosten wordt gegeven, kan de Maatschappij nadere voorwaarden stellen.

ARTIKEL 33 Preventieve geneeskunde

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
- tetanusinjectie (bij ongeval).

ARTIKEL 34 Eerstelijns psychotherapie

Mits op voorschrift van de huisarts of specialist worden de kosten vanwege psychische aandoeningen vergoed tot een maximum van € 500,- per verzekerde per 24 maanden, mits de psychotherapeut geregistreerd staat bij het Ministerie van VWS (besluit Registratie Psychotherapeuten, 1986), of lid zijn van het Nederlands Verbond voor Psychologen, Psychotherapeuten en Agogen (NVPA). Per zitting is een eigen bijdrage van € 9,06 verschuldigd. Er bestaat geen recht op vergoeding indien er tegelijkertijd een therapie plaatsvindt, welke krachtens de AWBZ voor vergoeding in aanmerking komt. De eigen bijdragen die krachtens de AWBZ worden opgelegd bij psychiatrische hulp vallen niet onder dit artikel en zijn van vergoeding uitgesloten.

ARTIKEL 35 Alternatieve geneeswijzen

35.1 Terzake van alternatieve geneeswijzen wordt, mits de hulp in Nederland wordt verleend, een vergoeding verstrekt van € 340,33 per verzekerde per kalenderjaar voor alle consulten/behandelingen tezamen.

Uitsluitend de behandelingen verricht door de hierna genoemde artsen komen voor vergoeding in aanmerking:

- een arts-acupuncturist
- een arts, praktiserend als homeopathisch arts
- een arts, praktiserend als natuuararts
- een arts, praktiserend als antroposofisch arts
- een arts fleboloog/proctoloog
- een manueel arts
- een arts die patiënten behandelt volgens de Moerman-therapie
- een arts, praktiserend als enzymtherapeut.

35.2 De homeopathische geneesmiddelen worden tot een maximum van € 226,89 per verzekerde per kalenderjaar vergoed. Terzake van de bovengenoemde geregistreerde geneesmiddelen komen voor vergoeding in aanmerking de door de in Nederland gevestigde (huis)arts, dan wel door één van de hierbovengenoemde artsen voorgeschreven homeopathische, antroposofische en fytotherapeutische middelen, mits afgeleverd door de voorschrijver zelf, dan wel door een in Nederland gevestigde apotheek.

ARTIKEL 36 Zorgaanspraken AWBZ

Vergoed worden de kosten die bij of krachtens de voorwaarden van de AWBZ zijn gesteld ter voorkoming van ziekte en ter voorziening van geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. Tot de in de AWBZ opgenomen zorgaanspraken behoren de kosten van:

- a. algemene geneeskundige verzorging in een ziekenhuis vanaf de 366ste dag
- b. verpleging en verzorging in een inrichting voor lichamelijk gehandicapten
- c. thuiszorg
- d. klinische revalidatiezorg vanaf de 366ste dag
- e. geestelijke gezondheidszorg, waaronder:
 - verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis
 - hulp van een regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
 - hulp van een regionale instelling voor beschermd wonen
 - niet-klinische psychiatrische hulp
- f. zorg voor zintuiglijk gehandicapten
- g. zorg voor verstandelijk gehandicapten
- h. zorg bestaande uit georganiseerde preventie.

ARTIKEL 37 Buitenland

Spoedeisende zorg bij verblijf in het buitenland

37.1 Vergoed worden de kosten van medisch noodzakelijke, spoedeisende en bij vertrek niet voorziene geneeskundige zorg gedurende tijdelijk verblijf van ten hoogste zes maanden in het buitenland met inachtneming van het gestelde in lid 2 van dit artikel.

In geval van een ziekenhuisopname wordt de vergoeding beperkt tot maximaal 365 verpleegdagen per ziektegeval.

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

37.3 Geen aanspraak op vergoeding bestaat voor de kosten die verband houden met een opname en/of medische behandeling die uitsluitend of mede het doel vormde van een verblijf in het buitenland en evenmin wanneer de verzekerde bij zijn vertrek naar het buitenland de noodzaak van een medische behandeling redelijkerwijze had kunnen voorzien, tenzij anders met de Maatschappij is overeengekomen.

37.4 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.

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

Woonachtig in Nederland, zorg in een andere lidstaat van de EU/EER

37.6 Medische zorg in een andere EU/EER-lidstaat (na voorafgaande toestemming):

a. Recht op vergoeding bestaat voor de kosten die verband houden met zorg in een andere EU/EER-lidstaat, niet zijnde spoedeisende zorg in de zin van artikel 37.1, tot ten hoogste 100% van de kosten indien de zorg in Nederland zou zijn verstrekt en krachtens de verzekeringsvoorwaarden zou zijn vergoed. De in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen maximale vergoedingen en/of eigen risico's zijn ook op deze kosten van toepassing.

b. Geen recht op vergoeding bestaat voor de kosten van vervoer naar en van het buitenland.

Verzekerde wordt aanbevolen in een voorkomend geval vooraf met de Maatschappij contact op te nemen, opdat vooraf duidelijkheid wordt verkregen over de exacte hoogte van de vergoeding in dat specifieke geval.

ARTIKEL 38 Internationale hulpverlening

Mits medische redenen hieraan ten grondslag liggen en/of de noodzaak kan worden aangetoond kan verzekerde rechten doen laten gelden op:

38.1 Medische bijstand en repatriëring van verzekerden

Bij ernstige ziekte of ongeval in het buitenland belt of laat de verzekerde bellen naar de alarmcentrale in Nederland:

ANWB-Alarmcentrale

AMSTERDAM

Telefoon: + 31 (0) 50 – 5 23 47 90.

Indien de artsen het medisch vervoer van de verzekerde naar een beter of meer gespecialiseerd ziekenhuis, respectievelijk het repatriëren voorstellen, dan zal de alarmcentrale zich hiermee belasten. Uitsluitend medische redenen worden in aanmerking genomen bij de keuze van het vervoermiddel. In elk geval zal de goedkeuring van het medisch team van de alarmcentrale vooraf gaan aan het transport.

De alarmcentrale belast zich met de repatriëring van de verzekerde kinderen beneden 16 jaar, wanneer degenen die in het buitenland zorg voor hen dragen, hiertoe tengevolge van ziekte of ongeval niet in staat zijn.

38.2 Hulpverlening in het buitenland

Voorschot van geneeskundige kosten.

Bij ziekenhuisopname van de verzekerde in het buitenland zal de alarmcentrale stappen ondernemen, teneinde directe betaling van de geneeskundige kosten te waarborgen. In noodgevallen zal de alarmcentrale deze kosten voorschieten, mits een garantiestelling dan wel een deposito door de Maatschappij wordt afgegeven. De alarmcentrale zal onderzoek verrichten naar de medische noodzaak en de duur van de ziekenhuisopname in het buitenland en zal tevens nagaan of de declaraties van de geneeskundige kosten correct zijn.

38.3 Repatriëring na overlijden

Bij overlijden van een verzekerde belast de alarmcentrale zich met alle formaliteiten ter plaatse en met transport tot in Nederland.

Wordt hiervan geen gebruik gemaakt, dan bestaat recht op vergoeding van de begrafeniskosten ter plaatse en van de kosten van vervoer van de familieleden in de eerste en tweede graad c.q. duurzaam samenlevend persoon, tot ten hoogste het bedrag dat zou zijn uitgespaard bij het niet-vervoeren van het stoffelijk overschot naar de woonplaats en met een maximum van € 5672,25.

38.4 Reisbiljet ten behoeve van een familielid

Bij verblijf in een ziekenhuis langer dan 5 dagen, zal de alarmcentrale zich met het vervoer van een familielid c.q. duurzaam samenwonend persoon belasten om de in het ziekenhuis opgenomen verzekerde te kunnen bezoeken.

Verblijfkosten worden vergoed tot maximaal € 68,06 per dag, met een maximum van drie dagen.

38.5 Terugroeping naar Nederland

De alarmcentrale stelt een reisbiljet ter beschikking van verzekerde indien:

- a. een familielid in de eerste of tweede graad c.q. duurzaam samenlevend persoon is overleden of in ernstige toestand in een ziekenhuis is opgenomen, mits dit gezien de gezondheidstoestand redelijkerwijs niet te voorzien was
- b. een belangrijke zaakschade aan zijn eigendommen door brand, inbraak, explosie, blikseminslag, storm of overstroming terugroeping vereist.

38.6 Kosten van opsporing en redding

De alarmcentrale belast zich met en vergoedt de kosten van opsporing, reddings-, bergings- en transportwerkzaamheden naar de bewoonde wereld van een vermiste, verongelukte of zieke verzekerde.

38.7 Kosten door oponthoud door natuurgeweld en staking

Indien door natuurgeweld, zoals lawines, bergstorting of abnormale sneeuwval, alsmede (tijdens de terugreis) door werkstaking bij vervoersondernemingen oponthoud ontstaat, zijn de daardoor veroorzaakte extra kosten van een langer verblijf gedekt tot een bedrag van € 45,37 per verzekerde per dag, met een maximum van twee dagen.

38.8 Toezending van medicijnen

De alarmcentrale belast zich met het verzenden van medisch noodzakelijke medicijnen, die niet ter plaatse verkrijgbaar zijn. De kosten van de medicijnen komen niet voor vergoeding in aanmerking.

38.9 Doorgeven van boodschappen

De alarmcentrale belast zich met het doorgeven van dringende boodschappen, vallende onder de omschreven hulpverlening.

38.10 Bemiddeling inzake geld

De alarmcentrale neemt voor haar rekening de bemiddelingskosten (inclusief kosten van overmaking) van het in noodgevallen benodigde geld. Voorschotten of garanties worden niet verstrekt.

38.11 Assistentie (inclusief tolken) bij verlies paspoort e.d.

Indien problemen ontstaan met betrekking tot verlies van documenten, paspoort, visa, vliegticket, etc., zal de alarmcentrale ter plaatse assistentie verlenen en de verzekerde met raad en daad bijstaan bij ambassades, consulaten en andere officiële instanties.

38.12 Telefoon-, telegram- en telefaxkosten

Indien recht op vergoeding van schade, recht op uitkering of hulpverlening bestaat, worden de noodzakelijk gemaakte telefoon-, telegram- en telefaxkosten om de alarmcentrale te bereiken, vergoed.

38.13 Geldigheidsgebied bijzondere aanspraken

- a. In Nederland wonende verzekerden. De uitkeringen en diensten zoals bij de bijzondere aanspraken zijn vermeld, zullen worden toegekend aan verzekerden wanneer zij reizen in de gehele wereld met uitzondering van Nederland
- b. Buiten Nederland wonende verzekerden. De uitkeringen en diensten zoals bij de bijzondere aanspraken zijn vermeld, zullen worden toegekend aan verzekerden wanneer zij reizen in de gehele wereld met uitzondering van het land waarin hun woonplaats is gelegen
- c. 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.

38.14 Hulpverlening door een andere alarmcentrale

De kosten voor de hulpverlening via een andere alarmcentrale dan de ANWB-Alarmcentrale, komen niet voor vergoeding in aanmerking.

ARTIKEL 39 Uitsluitingen

Geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding van kosten:

39.1 die verband houden met een ziekte, kwaal of afwijking die reeds vóór of bij het tot stand komen van de verzekering bestond of aanleiding gaf tot klachten, terwijl de verzekeringnemer of de verzekerde daarvan op dat tijdstip kennis droeg, tenzij de ziekte, kwaal, afwijking of klachten bij het aanvragen van de verzekering op duidelijke wijze schriftelijk ter kennis van de Maatschappij zijn gebracht en niettegenstaande die kennisgeving geen beperking is bedongen;

39.2 voor vormverbeterende operaties waarbij de aanleiding voortvloeit uit een persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van verminking tengevolge van een ongeval of ziekte dan wel van (een) bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking(en);

39.3 die betrekking hebben op verpleging, onderzoek of behandeling op de dag nadat deze verzekering is beëindigd of voordat deze verzekering een aanvang nam;

39.4 van behandeling door een orthopedagoog of een psycholoog;

39.5 inzake onderzoek en/of behandeling in het kader van preventie zoals: bevolkingsonderzoeken, keuringen, attesten, vaccinaties, geneesmiddelen, controle van kleuters en gezonde zuigelingen, keuringen op consultatiebureaus en periodiek algeheel onderzoek ter beoordeling van de gezondheidstoestand, tenzij in de verzekeringsvoorwaarden anders is vermeld;

39.6 ingeval van celtherapie;

39.7 indien, zo deze verzekeringsovereenkomst 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;

39.8 van de inkomensafhankelijke of -onafhankelijke wettelijke eigen bijdrage krachtens de AWBZ;

39.9 voortvloeiende uit het overbrengen van organen en lichaamsdelen (transplantaties) met uitzondering van huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart, lever (orthotoop) long en hart-long. In bepaalde gevallen kan de Maatschappij een afwijkende beslissing nemen;

39.10 voor het ongedaan maken van een vrijwillig ondergane sterilisatie;

39.11 die betrekking hebben op:

- een geregistreerd geneesmiddel dat toegepast is voor een indicatie waarvoor geen registratie is verkregen
- vermageringsmiddelen
- versterkende- en voedingsmiddelen
- tonica, haargroeimiddelen, medicinale wijnen, traanproducten, vitaminepreparaten, laxeer-middelen
- anticonceptionele middelen
- dieetvoeding
- nicorette kauwgom
- preventieve geneesmiddelen ten behoeve van een vakantie- of zakenreis naar het buitenland.

39.12 die verband houden met zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie;

39.13 voor behandeling door een diëtist;

39.14 parodontologische en mondhygiënische behandelingen verricht door een tandarts/parodontoloog en/of mondhygiënist;

39.15 indien deze zijn ontstaan door of verband houden met een 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 Grif-fie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponeerd;

39.16 die verband houden met de rechtstreekse gevolgen van een eerder ondergane cosmetische plastisch-chirurgische ingreep, waarbij de aanleiding voortvloeide uit een persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid;

39.17 indien schade is ontstaan door, dan wel verband houdt met atoomkernreacties en de daarbij ontstane splitsingsproducten, onverschillig hoe de reacties zijn ontstaan, behalve bij een op verze-kerde toegepaste medische behandeling;

39.18 voor diagnosestelling en behandelingsadvies door een (sport)arts werkzaam in een Sport Medisch Adviescentrum (SMA);

39.19 inzake behandelingen die niet in de "Omvang van de Dekking" van deze verzekeringsvoor-waarden worden genoemd.