

AnderZorg Ondernemmerzorg Polis Basisdekking

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
Strekking van de verzekering	9
Indiening en vergoeding van de nota's en verval vorderingsrecht	10
Terugbetaling voorschot kosten geneesmiddelen	11
Eigen risico en/of eigen bijdragen	12
Verplichtingen bij opname en/of behandeling	13
Opname ziekenhuis in een hogere of lagere klasse	14
Verhaal tegenover derden	15
Samenloop AWBZ-aanspraken	16
Aanspraak op toezeggingen	17
Pakketuitbreiding/pakketwijziging	18
Opschorting dekking/vervallen rechten	19
Gezins- en adreswijziging/wijziging werkgever	20
Duur en beëindiging van de verzekering	21
Opschorting van de verzekering	22
Opzegging van de verzekering door de Maatschappij	23
Samenloop van verzekeringen	24
Herziening van voorwaarden, premies en/of eigen risico	25
Geschillen	26
Persoonsgegevens	27
Niet voorziene gevallen	28
Slotbepaling	29

Omvang van de dekking

Ziekenhuisopname	1
Zorgcoördinator	2
Dagverpleging in een ziekenhuis	3
Zelfstandig Behandel Centrum (privé-kliniek)	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
Chronische intermitterende beademing	11
Trombosedienst	12
Revalidatie	13
Farmaceutische zorg/dieetpreparaten/verbandmiddelen	14

Ziekenvervoer	15
Hulpmiddelen	16
Overige hulpmiddelen	17
Kaakchirurgie/kaakorthopaedie	18
Huisartsenhulp	19
Fysiotherapie	20
 Artikel 21 tot en met Artikel 34 zijn niet van toepassing op deze verzekeringsvoorwaarden	
Zorgaanspraken AWBZ	35
Buitenland	36
Internationale hulpverlening	37
Uitsluitingen	38

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

ARTIKEL 1 Definities

1.1 Maatschappij: Ziektekosten Verzekeringsmaatschappij AnderZorg N.V.

1.2 Verzekeringnemer: Degene die in de zin van de wet beroepsmatig werkzaam is in een bedrijf, waarmee een deelname-overeenkomst is gesloten.

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 arts-enij-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 CTG: College Tarieven Gezondheidszorg.

2.8 Dagverpleging: Kortere 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.

2.9 Farmaceutische zorg: De volgende 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.

2.10 Gezinsverband: Hieronder wordt verstaan:

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

2.11 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

2.12 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.

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

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

2.15 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).

2.16 Laboratorium: Een door de overheid toegelaten en in Nederland gevestigd laboratorium voor onderzoek volgens algemeen erkende medischwetenschappelijke normen.

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

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

2.19 Medisch-specialist: Een in Nederland gevestigd arts, die staat ingeschreven in een specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

2.20 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.

2.21 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.

2.22 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).

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

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

2.25 Revalidatie: Onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatie-technische aard.

Deze zorg wordt verleend door een multi-disciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist, verbonden aan een conform de bij wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

2.26 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.

2.27 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.

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

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

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

2.31 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.

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

2.33 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.

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

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

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 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.

7.2 Voor kinderen tot en met 18 jaar geldt een aparte kinderpremie. Indien er meer dan twee kinderen in het gezin aanwezig zijn, dan is voor maximaal twee kinderen premie verschuldigd. Hierbij geldt dat de premie wordt vastgesteld aan de hand van de twee oudste kinderen, inclusief studerende kinderen vallend onder artikel 8.1 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden.

7.3 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 20.1 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 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 10 Indiening en vergoeding van de nota's en verval vorderingsrecht

10.1 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.

10.2 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.

10.3 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.

10.4 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

10.5 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 11 Terugbetaling voorschot kosten geneesmiddelen

Op vertoon van de Zorgpas die door de Maatschappij aan verzekeringnemer is afgegeven, worden geregistreerde 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 19 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden.

ARTIKEL 12 Eigen risico en/of eigen bijdragen

12.1 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.

12.2 Het bedrag van het (vrijwillig) eigen risico geldt per kalenderjaar en wordt berekend over de periode van 1 januari tot en met 31 december. 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.

12.3 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.

12.4 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.

12.5 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 13 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 14 Opname ziekenhuis in een hogere of lagere klasse

14.1 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.

14.2 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.

14.3 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 15 Verhaal tegenover derden

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

15.2 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.

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

ARTIKEL 16 Samenloop AWBZ-aanspraken

16.1 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.

16.2 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.

16.3 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-verstrekkingen te boven gaan.

ARTIKEL 17 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 verstrekking(en).

ARTIKEL 18 Pakketuitbreiding/pakketwijziging

Onverminderd het bepaalde in de artikelen 3 en 9 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 21.3 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 19 Opschorting dekking/vervallen rechten

19.1 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.

19.2 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 verstrekkingen in natura van geneesmiddelen.

19.3 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.

19.4 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.

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

19.6 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 20 Gezins- en adreswijziging/wijziging werkgever

20.1 De verzekeringnemer dient aan de Maatschappij schriftelijk mededeling te doen van alle wijzigingen zoals: verandering van adres, huwelijk, geboorte, overlijden, inschrijving van een verzekerde in de verplichte verzekering (ziekenfonds), wijziging werkgever, alsmede opgave van studerende kinderen die de leeftijd van 19 jaar hebben bereikt en wel binnen één maand nadat de wijziging heeft plaatsgevonden.

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

20.3 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 21 Duur en beëindiging van de verzekering

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

21.2 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.

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

21.4 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 studerende (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 zonder gezondheidswaarborgen een hoofdverzekering individueel (= niet collectief) voortzetten door middel van het afsluiten van een vergelijkbare maatschappijpolis tegen de daarvoor geldende premies
- d. vestiging in het buitenland, tenzij verzekeringnemer en de Maatschappij anders overeenkomen
- e. een VUT-regeling, pensionering of een andere pré-pensioenregeling. Indien verzekerde door middel van een VUT-regeling, pensionering of een andere pré-pensioenregeling het bedrijf verlaat, bestaat de mogelijkheid de reeds bestaande hoofdverzekering voort te zetten
- f. arbeidsongeschiktheid. Indien verzekerde in verband met arbeidsongeschiktheid uit dienst treedt, bestaat de mogelijkheid de reeds bestaande hoofdverzekering voort te zetten, mits en voor zolang hij niet beroepsmatig werkzaam is bij een ander bedrijf dan het bedrijf waarmee een deelname-overeenkomst is gesloten

- g. uit diensttreding van verzekerde. Indien de verzekerde bij zijn vrijwillige- of onvrijwillige uitdiensttreding tevens verzekeringnemer is, bestaat de mogelijkheid zonder gezondheidswaarborgen een hoofdverzekering individueel (= niet collectief) voort te zetten door middel van het afsluiten van een vergelijkbare maatschappijpolis tegen de daarvoor geldende premies
- h. het beëindigen van de overeenkomst tussen het bedrijf waar verzekerde werkzaam is (geweest) en de Maatschappij. Indien verzekerde tevens verzekeringnemer is, bestaat de mogelijkheid zonder gezondheidswaarborgen een hoofdverzekering individueel (= niet collectief) voort te zetten door middel van het afsluiten van een vergelijkbare maatschappijpolis tegen de daarvoor geldende premies
- i. voor de artikelen 21.4c., g. en h. geldt de gebruikelijke acceptatieprocedure (d.w.z. met gezondheidswaarborgen) indien de wijziging een uitbreiding van de dekking of een vermindering van het Eigen Risicobedrag inhoudt.

21.5 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.

21.6 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 22 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 9 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden.

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

ARTIKEL 23 Opzegging van de verzekering door de Maatschappij

23.1 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.

23.2 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 misdadingen
- 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 24 Samenloop van verzekeringen

Indien, zo deze verzekeringsovereenkomst niet bestond, door verzekeringnemer of verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, enigerlei subsidierегeling 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 25 Herziening van voorwaarden, premies en/of eigen risico

25.1 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.

25.2 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 25.3 en 25.4- 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.

25.3 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.

25.4 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 26 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 inge-

val 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 27 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 28 Niet voorziene gevallen

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

ARTIKEL 29 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 Bij een bevalling met medische indicatie voor verblijf in het ziekenhuis voor moeder en kind met ingang van de dag van de bevalling, mits de moeder tenminste twaalf maanden bij de Maatschappij als verzekerde staat ingeschreven, de kosten van:

- a. de klinische dagen met medische indicatie in de verzekerde klasse
- b. de door het ziekenhuis in rekening gebrachte bijkomende kosten
- c. het honorarium van de gynaecoloog.

1.5 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.

1.6 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.

Het ziekenhuis moet in Nederland gelegen en door de overheid erkend zijn. 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 plaats vindt. 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 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 de 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 Organtransplantaties

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 weefseltyperingen 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

Vergoed worden de kosten van genees-, dieet- en verband-middelen - 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 behandelde 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 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 aangegeven.

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

Vergoed worden de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance van zowel naar als van het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

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.

Bij opname in het ziekenhuis in verband met een bevalling om medische redenen worden uitsluitend de kosten van het ambulancevervoer naar het ziekenhuis vergoed.

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

Bloedsuikermeter

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

ARTIKEL 18 Kaakchirurgie/kaakorthopaedie

18.1 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.

18.2 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 kaakorthopedische voor- of nabehandeling noodzakelijk is
- c. een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lichamelijke ontwikkelingsstoornis (dysostosis clei-docranialis), waarbij één van de symptomen een teveel aan gebitselementen met vertraagde of verstoorde doorbraak is
- d. een ernstige functionele kaakorthopedische afwijking tengevolge van condylaire groeistoornissen. Indien in verband met een kaakchirurgische behandeling een machtiging is verkregen en de gebitsregulerende 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.

ARTIKEL 19 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 20 Fysiotherapie

20.1 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.

20.2 Fysiotherapie en oefentherapie (chronische indicatie)

Indien de verzekerde een indicatie heeft voor fysiotherapie 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.

20.3 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.

20.4 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. manuele therapie en kinderfysiotherapie
- g. individuele behandeling dan wel groepsbehandeling die er slechts toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen.
- h. trainings-/therapieprogramma's (waaronder o.a. Med-plan).

ARTIKEL 21 TOT EN MET ARTIKEL 34 zijn niet van toepassing op deze verzekeringsvoorwaarden

ARTIKEL 35 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 36 Buitenland

Spoedeisende zorg bij verblijf in het buitenland

36.1 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.

36.2 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.

36.3 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.

36.4 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.

36.5 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

36.6 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 36.1, 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 37 Internationale hulpverlening

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

37.1 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 ten gevolge van ziekte of ongeval niet in staat zijn.

37.2 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.

37.3 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.

37.4 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.

37.5 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.

37.6 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.

37.7 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.

37.8 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.

37.9 Doorgeven van boodschappen

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

37.10 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.

37.11 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.

37.12 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.

37.13 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.

37.14 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 38 Uitsluitingen

Geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding van kosten:

38.1 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;

38.2 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);

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

38.4 van behandeling door een orthopedagoog, logopedist of een psycholoog;

38.5 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;

38.6 ingeval van celtherapie;

38.7 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;

38.8 van de inkomensafhankelijke of -onafhankelijke wettelijke eigen bijdrage krachtens de AWBZ bij klinische hulp in een ziekenhuis, verpleeg- en psychiatrische inrichting;

38.9 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;

38.10 voor het ongedaan maken van een vrijwillig ondergane sterilisatie;

38.11 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, laxeermiddelen
- anticonceptionele middelen
- dieetvoeding
- nicorette kauwgom
- preventieve geneesmiddelen ten behoeve van een vakantie- of zakenreis naar het buitenland
- anti-griepvirusinjectie;

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

38.13 voor tandheelkundige implantaten, de suprastructuur en de bijbehorende (overkappings-)prothese, alsmede alle kosten die verband houden met het inbrengen van de implantaten;

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

38.15 van verloskundige hulp door een verloskundige of huisarts;

38.16 van kraamzorg;

38.17 van een (poli)klinische bevalling in een medium risk situatie;

38.18 voor behandeling door een diëtist;

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

38.20 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 Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponeerd;

38.21 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;

38.22 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 verzekerde toegepaste medische behandeling;

38.23 inzake behandelingen die niet in de "Omvang van de Dekking" van deze verzekeringsvoorwaarden worden genoemd.

