

Algemene Voorwaarden 2007

Zorgverzekeraar DSW

In deze brochure

Aanvullende Verzekering



ZORGVERZEKERAAR
DSW

Algemene Voorwaarden

Aanvullende Verzekering 2007

INHOUDSOPGAVE

Artikel 1	Begripsomschrijvingen	3
Artikel 2	Grondslag en doel van de aanvullende verzekering	5
Artikel 3	Toelating en inschrijving	5
Artikel 4	Aanvang van de verzekering; recht op vergoeding	5
Artikel 5	Uitsluitingen	5
Artikel 6	Rechten en Verplichtingen	6
Artikel 7	Fraude	7
Artikel 8	Premiebetaling	7
Artikel 9	Wijziging van de premie en/of voorwaarden	7
Artikel 10	Verzekering van kinderen	8
Artikel 11	Duur en einde van de verzekering	8
Artikel 12	Persoonsregistratie	8
Artikel 13	Toepasselijk Recht en Klachten	8

Artikel 1

Begripsomschrijvingen

Arts:	Een in Nederland gevestigde arts die als zodanig staat ingeschreven in het BIG-register en bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunde, dan wel een in het buitenland gevestigde arts die volgens de aldaar geldende wet- en regelgeving bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunde.
AWBZ:	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zoals die thans luidt of zal komen te luiden.
Fysiotherapeut:	Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.
Haptotherapeut:	Een in Nederland gevestigde therapeut die als zodanig is geregistreerd in het Register van Haptotherapeuten van de Vereniging van Haptotherapeuten (VVH).
Huidtherapeut:	Een in Nederland gevestigde therapeut die op grond van artikel 34 van de Wet BIG is gerechtigd tot het voeren van de titel huidtherapeut, als zodanig is geregistreerd in het kwaliteitsregister van de Stichting Kwaliteitsregister Paramedici en voldoet aan de eisen als vermeld in het besluit opleidingseisen en deskundigheid huidtherapie.
Medische noodzaak:	De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende medisch-wetenschappelijke overwegingen, zulks ter beoordeling door de verzekeraar.
Oedeemtherapeut:	Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, of een huidtherapeut of een (para)medicus die beschikt over een diploma van de Vodder-Schule en die voldoet aan de registratievoorwaarden in het Vodder-register.
Ongeval:	Een plotseling en onverwacht van buiten komende geweldsinwerking op het lichaam van de verzekerde dat rechtstreeks diens blijvende invaliditeit of overlijden tot gevolg heeft.
Orthodontist:	Een in Nederland gevestigde tandarts-specialist, die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.
Podokinesioloog:	Een in Nederland gevestigde therapeut, die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Podokinesiologie.
Podotherapeut:	Een in Nederland gevestigde therapeut, die op grond van artikel 34 van de Wet BIG is gerechtigd tot het voeren van de titel podotherapeut als zodanig is ingeschreven in het kwaliteitsregister van de Stichting Kwaliteitsregister Paramedici en voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
Psycholoog:	Een in Nederland gevestigde psycholoog die als zodanig staat ingeschreven in het BIG-register.
Rechtsbijstand:	De rechtsbijstand waarop recht bestaat op grond van de in de folder Vergoedingenoverzicht 2007 Aanvullende verzekering(en) terzake omschreven dekking en waaraan de Algemene Voorwaarden van Rechtsbijstandsverzekering van de D.A.S. Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V. ten grondslag liggen.
Specialist:	Een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, alsmede een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.
Sport Medisch Adviescentrum:	Een in Nederland gelegen centrum, dat is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen.
Tandarts:	Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig staat ingeschreven in het BIG-register.
Tandprotheticus:	Een in Nederland gevestigde tandprotheticus die op grond van artikel 34 van de Wet BIG is gerechtigd tot het voeren van de titel tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit 'opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Verzekeraar:	De naamloze vennootschap DSW Ziektekostenverzekeringen N.V. gevestigd en kantoorhoudend te Schiedam (K.v.K. Rotterdam 24230430).
Verzekerde:	Degene die op grond van een Aanvullende verzekering bij de verzekeraar is verzekerd.
Wachttijd:	Een periode, gerekend vanaf de ingangsdatum van de verzekering, waarbinnen voor genoten hulp en/of behandelingen geen vergoedingsaanspraak bestaat krachtens deze verzekering.
Ziekenhuis:	Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.
Zorgverzekeraar:	De Onderlinge Waarborgmaatschappij 'Zorgverzekeraar DSW' U.A., gevestigd en kantoorhoudend te Schiedam (K.v.K. Rotterdam 24168208).

Artikel 2 Grondslag en doel van de Aanvullende Verzekering

lid 1 Aan deze overeenkomst liggen ten grondslag de in het aanmeldingsformulier verstrekte opgaven en inlichtingen. Verzwijging alsmede onjuiste of onvolledige opgave heeft tot gevolg dat de verzekeraar niet tot vergoeding van enige kosten is gehouden. Bovendien heeft de verzekeraar in dat geval het recht zich op nietigheid van deze verzekering te beroepen.

lid 2 Het doel van deze verzekering is een (gedeeltelijke) vergoeding te verlenen van bepaalde – nader in de folder Vergoedingenoverzicht 2007 Aanvullende verzekering(en) omschreven – kosten, welke niet dan slechts ten dele voor rekening van de zorgverzekering en/of de AWBZ komen. Deze algemene voorwaarden zijn van toepassing op alle aanvullende verzekeringen die door de verzekeraar worden gevoerd.

Artikel 3 Toelating en inschrijving

lid 1 Voor verzekering kunnen alleen zij zich aanmelden die als verzekerde bij de zorgverzekeraar staan ingeschreven. De verzekering kan uitsluitend tot stand komen in combinatie met een zorgverzekering bij de zorgverzekeraar.

lid 2 De grondslag van de verzekering wordt gevormd door een volledig ingevuld en ondertekend aanmeldingsformulier. De verzekeraar beslist over de toelating en is bevoegd aspirant-verzekerden te weigeren als verzekerden, dan wel onder beperkende voorwaarden te accepteren. De aspirant-verzekerde kan door de verzekeraar onder meer worden geweigerd indien de verzekering reeds eerder is beëindigd wegens wanbetaling, wegens onjuiste opgave of verzwijging, wegens (poging tot) fraude of wegens ernstige misdragingen van de verzekerde.

lid 4 Het bestaan van een verzekering blijkt uit een af te geven verzekeringsbewijs.

Artikel 4 Aanvang van de verzekering; recht op vergoeding

lid 1 Indien de aanmelding plaatsvindt gelijktijdig met de aanmelding als verzekerde bij de zorgverzekeraar, is de ingangsdatum gelijk aan de ingangsdatum van de zorgverzekering.

lid 2 Indien de aanvullende verzekering later wordt aangegaan dan de zorgverzekering is de ingangsdatum gelijk aan de eerste dag van de maand volgend op de datum van aanmelding. In dat geval is de verzekerde inschrijfgeld verschuldigd waarvan de hoogte door de verzekeraar wordt vastgesteld.

lid 3 Krachtens deze verzekering vindt vergoeding of uitkering plaats als nader omschreven in de folder Vergoedingenoverzicht 2007 Aanvullende verzekering(en). Deze folder maakt integraal onderdeel uit van de verzekeringsovereenkomst. De vergoeding uit de aanvullende verzekering wordt jaarlijks door de directie van de verzekeraar vastgesteld en bekendgemaakt op een nader door de directie te bepalen wijze.

lid 4 Vergoedingen worden alleen verleend indien de verzekerde tevens een zorgverzekering bij een zorgverzekeraar heeft afgesloten en op deze zorgverzekering dekking wordt verleend.

lid 5 Vergoeding krachtens deze verzekering wordt niet eerder verleend dan na afloop van een termijn van twee maanden na de ingangsdatum van de verzekering, tenzij de zorgverzekering tegelijkertijd met de aanvullende verzekering wordt afgesloten.

lid 6 Tenzij anders vermeld is de aanvullende verzekering alleen geldig in Nederland. Indien in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over dekking binnen Europa wordt onder Europa bedoeld de landen van Europa, inclusief de Azoren, de Canarische Eilanden, Madeira, Algerije Egypte, Israel, Libanon, Libië, Marokko, Syrië, Tunesië en Turkije. Indien in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over dekking buiten Europa, worden alle overige landen in de wereld bedoeld.

Artikel 5 Uitsluitingen

lid 1 Indien, zo deze verzekering niet bestond, aanspraak gemaakt zou kunnen worden op uitkering op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet, regeling van overheidswege, enigerlei subsidieregeling of andere voorziening, is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal alleen die schade voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken

lid 2

Geen vergoeding wordt verleend voor:

- De krachtens de polisvoorwaarden van de zorgverzekering en/of de AWBZ verschuldigde eigen bijdrage en het eigen risico, tenzij in deze voorwaarden dan wel in de folder Vergoedingenoverzicht 2007 Aanvullende verzekering(en) anders is bepaald;
- Kosten welke zijn gemaakt in de tijd dat deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van de behandeling bepalend is;
- Kosten als gevolg van het feit dat verzekerde enige verplichting, welke krachtens deze voorwaarden op hem rust, niet is nagekomen waardoor de belangen van de verzekeraar zijn geschaad,
- Kosten welke zijn veroorzaakt of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie. Dit 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.
- Kosten welke zijn veroorzaakt door of verband houden met atoomkernreacties en de daarbij ontstane splitsingsproducten, onverschillig hoe de reacties zijn ontstaan, tenzij opgetreden bij een medische behandeling van een verzekerde;
- Deze uitsluiting geldt niet met betrekking tot kosten veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich overeenkomstig hun bestemming buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige, of (niet-militaire) beveiligingsdoeleinden, mits er een door enige overheid afgegeven vergunning (voor zover vereist) van kracht is voor vervaardiging, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen.
- Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979–225), alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip;
- Kosten die ontstaan of mogelijk zijn geworden door opzet, grove schuld of met de wil van verzekerde of belanghebbenden;
- Kosten die het gevolg zijn van enig misdrijf waaraan de verzekerde opzettelijk heeft deelgenomen;
- Kosten die direct of indirect verband houdende met zelfdoding van verzekerde, of poging daartoe;
- De kosten ontstaan in en door militaire dienst;
- De kosten ontstaan of mogelijk zijn geworden door gebruik van alcohol, bedwelmende, opwekkende of soortgelijke middelen door de verzekerde;
- De kosten verband houdende met inbeslagneming of verbeurdverklaring.

Artikel 6 Rechten en verplichtingen**lid 1**

Met inachtneming van een van toepassing zijnde wachttijd heeft de verzekerde recht op vergoeding van verzekerde kosten of hulp, voorzover gemaakt of verleend gedurende de periode waarin deze verzekering van kracht is.

lid 2

Indien de verzekering een aanvullende bijdrage verstrekt op een vergoeding uit de zorgverzekering, wordt deze bijdrage alleen betaald wanneer aanspraak bestaat op de desbetreffende vergoeding in de zorgverzekering.

lid 3

Verzekerde is verplicht ervoor zorg te dragen dat:

- a. Uitsluitend originele nota's worden ingediend, welke op het door de verzekeraar verstrekte declaratieformulier zodanig moeten worden gespecificeerd, dat zonder verdere navraag kan worden nagegaan tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden;
- b. De originele nota's binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij de verzekeraar zijn ingediend. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de declaratiedatum van de zorgverlener.
- c. Aan de verzekeraar, zijn medisch adviseur of aan degene die voor een controle is aangewezen, alle medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van inlichtingen;
- d. Voor behandelingen, welke op grond van deze voorwaarden uitsluitend op voorschrift van de behandelend huisarts, specialist of tandarts mogen geschieden, een verwijzing wordt overgelegd, indien hierom door de verzekeraar wordt gevraagd;
- e. Bij een ongeval met dodelijke afloop, op grond waarvan uit hoofde van de aanvullende verzekering recht op een uitkering bestaat, de verzekeraar daarvan zo snel mogelijk, maar tenminste 48 uur voor begrafenis of crematie, telefonisch in kennis wordt gesteld;
- f. Een schade betrekking hebbende op een aanspraak terzake van rechtsbijstand overeenkomstig het bepaalde in de aanvullende verzekering terstond bij de verzekeraar wordt gemeld; de verzekeraar draagt zorg voor melding aan de D.A.S. Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V.

lid 4

Op straffe van verlies van recht op vergoeding van kosten die zijn ontstaan door toedoen van een aansprakelijke derde, zal de verzekerde al het mogelijke doen om de verzekeraar te helpen bij het zoeken van verhaal op die aansprakelijke derde.

In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van de verzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling treffen – waaronder mede te begrijpen het verlenen van kwijting – waardoor de verzekeraar in zijn rechten zou worden benadeeld.

lid 5 Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan de hiervoor vermelde verplichtingen komen aanspraken op vergoeding te vervallen; een en ander ter beoordeling van de verzekeraar.

Artikel 7 Fraude

lid 1 Er bestaat geen recht op vergoeding van kosten indien de verzekeringnemer of verzekerde bij het aanspraak maken op vergoedingen en/of verstrekkingen voor de beoordeling van de aanspraak van belang zijnde feiten of omstandigheden heeft verzwegen en/of valse opgaven heeft verstrekt om opzettelijk de verzekeraar te misleiden.

lid 2 Indien er sprake is van een situatie als bedoeld in lid 1 vervalt het recht op vergoeding van de gehele ingediende aanspraak voor vergoeding en/of verstrekking en derhalve ook voor de onderdelen van die aanspraak waarbij geen feiten of omstandigheden zijn verzwegen of geen onware opgave zijn gedaan.

lid 3 De kosten die verband houden met de vaststelling van de fraude zullen door de verzekeraar worden verhaald op de frauderende verzekerde of verzekeringnemer.

Artikel 8 Premiebetaling

lid 1 Verzekeringnemer is verplicht de premie en kosten bij vooruitbetaling te voldoen op de dag waarop zij verschuldigd zijn. Op de verzekering kan een door de verzekeraar vast te stellen gedifferentieerd premiesysteem van toepassing zijn in de vorm van kortingen respectievelijk toeslagen.

lid 2 Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan de verzekeraar na de premievervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, onder mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking van betreffende verzekering wordt opgeschort en derhalve niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. Van de opschorting van de dekking wordt melding gemaakt aan de zorgverlener. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen.

Indien de verzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer. De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door de verzekeraar zijn ontvangen. Zodra de opschorting wordt opgeheven komen de kosten die de verzekerde gemaakt heeft in de opgeschorte periode niet met terugwerkende kracht voor vergoeding in aanmerking.

Indien de verzekeringnemer niet binnen de gestelde termijn betaalt zal de betreffende verzekering worden beëindigd.

lid 3 Het is verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van Zorgverzekeraar DSW te vorderen vergoeding.

Artikel 9 Wijziging van premie en/of voorwaarden

lid 1 De verzekeraar heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van bepaalde groepen verzekeringen en bloc te wijzigen. Behoort deze verzekering tot die groep, dan is hij gerechtigd de premie en/of voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aan te passen en wel met ingang van de eerstvolgende premievervaldatum na invoering van de wijziging.

lid 2 Verzekeringnemer wordt van de wijziging in kennis gesteld en wordt geacht hiermee te hebben ingestemd, tenzij hij binnen dertig dagen na de premievervaldag aan de verzekeraar schriftelijk het tegendeel heeft bericht. In het laatste geval eindigt deze verzekering op de eerstgenoemde vervaldag.

lid 3 De mogelijkheid van opzegging van deze verzekering door verzekeringnemer geldt niet indien:

- De wijziging van de premie en/of de voorwaarden voortvloeit uit wet en/of regelgeving;
- De wijziging van de premie voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde wiens leeftijd bepalend is voor de premie;
- De premie wordt verhoogd binnen de door de overheid daaraan gestelde eisen;
- De wijziging een verlaging van de premie en/of een uitbreiding van de dekking inhoudt.

Artikel 10 Verzekering van kinderen

- lid 1** Indien kinderen, van wie (één van) beide ouders en/of wettelijke vertegenwoordigers krachtens deze verzekering zijn (is) verzekerd, binnen drie maanden na hun geboorte als verzekerde bij de zorgverzekeraar worden geregistreerd, worden deze kinderen zonder beperkende bepalingen voor deze verzekering geaccepteerd. De verzekering geldt voor deze kinderen in dat geval vanaf de geboortedatum.
- lid 2** Voor kinderen tot 18 jaar is geen premie verschuldigd indien (één van) beide ouders en/of wettelijk vertegenwoordigers eveneens krachtens deze verzekering zijn (is) verzekerd. Kinderen zijn in dat geval meeverzekerd op basis van de laagste aanvullende verzekering binnen het huishouden.
- lid 3** Voor kinderen, die tijdens de geldigheidsduur van deze verzekering de 18-jarige leeftijd bereiken, wordt de premie voor deze verzekering vanaf de eerstvolgende premievervaldag na het bereiken van die leeftijd berekend volgens het op dat moment geldende premietarief voor verzekeringen voor volwassen verzekerden.

Artikel 11 Duur en einde van de verzekering

- lid 1** De verzekering is aangegaan voor een periode van ten minste één kalenderjaar, te rekenen vanaf de aanvang van de verzekering, en wordt daarna, behoudens opzegging, verlengd met een periode gelijk aan de maximale inschrijvingstermijn van de zorgverzekering.
- lid 2** De verzekering eindigt bij opzegging door de verzekeringnemer aan het einde van dezelfde termijn waarvoor de zorgverzekering werd aangegaan, mits de opzegging schriftelijk geschiedt en een termijn van ten minste twee maanden in acht wordt genomen.
- lid 3** Een eenmaal door de verzekeraar geaccepteerde verzekering kan door hem nimmer worden opgezegd, behalve:
- indien verzekeringnemer zijn verplichtingen tot premiebetaling, zoals omschreven in artikel 8, niet nakomt en de verzekeraar om die reden deze verzekering op een door hem te bepalen tijdstip opzegt;
 - indien verzekeringnemer de wijziging van premie en/of voorwaarden overeenkomstig artikel 9 weigert;
 - indien er sprake is van omstandigheden als omschreven in artikel 2 op een door hem te bepalen tijdstip.
- lid 4** Deze verzekering eindigt voor de desbetreffende verzekerde automatisch:
- op het moment waarop deze zich feitelijk in het buitenland vestigt;
 - op het moment waarop deze niet langer verplicht verzekerd is ingevolge de Zorgverzekeringswet en om die reden de zorgverzekering voor die verzekerde wordt beëindigd.

Artikel 12 Persoonsregistratie

De verzekeraar legt persoonsgegevens van haar verzekerden vast. Deze worden door de verzekeraar verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten alsmede om de verzekerde te informeren over relevante producten en diensten van verzekeraar. Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens van het Verbond van Verzekeraars van toepassing. In overeenstemming met de Wet Bescherming Persoonsgegevens heeft de verzekeraar de verwerking aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens te Den Haag.

Artikel 13 Toepasselijk recht en klachten

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing. Klachten betreffende de toepassing van de voorwaarden van deze verzekering kunnen schriftelijk worden voorgelegd aan de directie van de verzekeraar of aan een van de volgende klachteninstituten:

Ombudsman Zorgverzekeringen

Postbus 291
3700 AG Zeist

Raad van Toezicht op het Schadeverzekeringsbedrijf

Postbus 93560
2509 AN Den Haag

Telefoon (010) 2 466 466 of ga naar www.dsw.nl