

SPIRITPOLIS



Verzekeringsvoorwaarden

ZORGGROEP
Geove RZG

Spiritpolis

Verzekeringsvoorwaarden, ingaande 1 januari 2001

Inhoudsopgave

Artikel

- 1 **Begripsomschrijvingen**
- 2 **Dekking**
- 3 **Uitsluitingen**
- 4 **Grondslag van de verzekering**
- 5 **Inschrijving**
- 6 **Verplichtingen**
- 7 **Schade**
- 8 **Ingang, duur en einde van de verzekering**
- 9 **Premiebetaling**
- 10 **Herziening van premie en voorwaarden**
- 11 **Registratie van persoonsgegevens**
- 12 **Geschillen**
- 13 **Aanvullende klasseverzekering**

1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

1.1 Verzekeraar: Onderlinge Waarborgmaatschappij Geové RZG U.A.

1.2 Apotheker: een in Nederland gevestigde apotheker, wiens apotheek voor een ieder toegankelijk is.

1.3 Audiologische hulp: het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur. Indien noodzakelijk psycho-sociale hulp in verband met problemen met de gestoorde hoorfunctie.

1.4 Bijkomende kosten:

- de neventarieven die door de instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg door het ziekenhuis in rekening mogen worden gebracht;
- de neventarieven die door een privékliniek of zelfstandig behandelcentrum op grond van een CTG-tariefsbeschikking rechtsgeldig bij verzekeraar in rekening mogen worden gebracht.

1.5 Centrum voor bijzondere tandheelkunde: een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, waarbij behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

1.6. Centrum voor erfelijkheidsonderzoek: een in Nederland gelegen instelling die een vergunning van de overheid heeft voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

1.7 Chiropractie: behandeling door een daartoe bevoegde zorgaanbieder, door verzekeraar als zodanig erkend.

1.8 Dagverpleging: korter dan 24 uur durende (zogenaamde poliklinische) bedverpleging in een ziekenhuis in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist.

1.9 Ergotherapie: hulp geleverd door een in Nederland gevestigde ergotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

1.10 Farmaceutische hulp: 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 Bloedtransfusie;
- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten;
- verbandmiddelen in geval van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

1.11 Fysiotherapie: hulp geleverd door een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 108 van de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG) en voldoet aan door verzekeraar gestelde eisen. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in de Wet op de paramedische beroepen.

1.12 Gezin: tot het gezin behoren:

- twee gehuwden dan wel twee personen die buiten echt duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijke huishouding hebben, waarbij de duurzaamheid van samenwoning ter uitsluitende beoordeling staat van de verzekeraar;
- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 18 jaar, mits voor die kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag of op buitengewone lastenaf trek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge artikel 9 Uitvoeringsbeschikking Inkomstenbelasting 1990;
- een alleenstaande met een of meer kinderen zoals hierboven vermeld.

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

1.14 Hulp in natura: aanspraken waarbij door of namens de verzekeraar een dienst wordt verleend of verstrekkingen worden geleverd.

1.15 Hulpmiddelen: de middelen die in de Uniforme Regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland zijn opgenomen.

1.16 Kinderfysiotherapie: hulp geleverd door een in Nederland gevestigde kinderfysiotherapeut, die als zodanig is geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 108 van de wet BIG en voldoet aan door verzekeraar gestelde eisen.

1.17 Laboratoriumonderzoek: onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig is toegelaten.

1.18 Logopedist: een in Nederland gevestigde logopedist, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG en voldoet aan door verzekeraar gestelde eisen.

1.19 Manueel therapeut: een daartoe bevoegde zorgaanbieder, door verzekeraar als zodanig erkend.

1.20 Medisch adviseur: de arts, die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

1.21 Medische noodzaak: de noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende, medisch-wetenschappelijke overwegingen.

1.22 Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck: een in Nederland gevestigde oefentherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

1.23 Orthodontist: een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor Dento-Maxillaire Orthopedie van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

1.24 ProVé B.V.: een reïntegratiebedrijf dat is gespecialiseerd in het herplaatsen van verzuimende arbeidsongeschikte of arbeidsgehandicapte (ex)werknemers.

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

1.26 Revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze hulp wordt verleend aan een door de bevoegde overheidsinstantie erkende instelling voor revalidatie verbonden multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist.

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

1.28 Tandarts: een in Nederland gevestigde tandarts, , die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG en voldoet aan door verzekeraar gestelde eisen.

1.29 Verloskundige: een in Nederland gevestigde verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

1.30 Verzekerde: eenieder die als zodanig op het Bewijs van Inschrijving is vermeld.

1.31 Verzekeringnemer: degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

1.32 Verzekeringsduur: de termijn waarbinnen een verzekeringsovereenkomst tussen de verzekeraar en de verzekerde ononderbroken van kracht is.

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

1.34 Ziekenfonds: een rechtspersoon overeenkomstig artikel 34 van de Ziekenfondswet.

1.35 Ziekenhuis: een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten, alsmede het Nederlands Astmacentrum te Davos.

2. DEKKING

2.1 Omvang van de dekking: indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt de verzekeraar de kosten van de hierna genoemde medische behandelingen behoudens een eventueel eigen risico conform de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen op basis van het door of namens de verzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. De verzekeraar bepaalt of sprake is van medische noodzaak. Indien geen tarief is overeengekomen vergoedt de verzekeraar genoemde kosten op basis van maximaal door het CTG voor de betreffende praktijk of instelling goedgekeurde tarieven.

Voor medische behandelingen in door de verzekeraar gecontracteerde instellingen in het buitenland die na bemiddeling van de Zorgmakelaar plaatsvinden gelden de voorwaarden als zou de behandeling in Nederland plaatsvinden.

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

2.1.1 Opname voor langer dan 24 uur in de laagste klasse van een ziekenhuis:

de kosten van verpleging, specialistische of kaakchirurgische hulp en de bijkomende kosten, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een specialist of kaakchirurg noodzakelijk moet zijn.

Indien een meeverzekerd kind vanwege de verpleging van de moeder in een ziekenhuis moet verblijven, worden ook de verpleegkosten voor het kind vergoed zolang het kind de leeftijd van 3 maanden nog niet bereikt heeft.

2.1.2 Dagverpleging in een ziekenhuis:

- de kosten van bedverpleging
- de bijkomende kosten
- het honorarium van de specialist.

2.1.3 Revalidatie:

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 en,
- 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.

Revalidatie kan plaatsvinden:

- a. in een klinische situatie (opname). 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).

Vergoeding van de voornoemde kosten vindt uitsluitend plaats wanneer door of namens de verzekerde aan de verzekeraar tijdig en vooraf schriftelijk toestemming is gevraagd voor opname en/of behandeling en wanneer de verzekeraar als bewijs van zijn toestemming aan de instelling een garantieverklaring 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.

2.1.4 Nierdialyse:

de kosten van nierdialyse (haemodialyse), zowel in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) als bij de verzekerde thuis.

Bij thuisdialyse vindt ook vergoeding plaats van bepaalde nietmedische kosten overeenkomstig de regeling die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, indien en voor zover de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek tevoren toestemming heeft gegeven, bij welke toestemming nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

2.1.5 Orgaantransplantaties:

vergoed worden de kosten van transplantatie van de volgende donororganen: huid, hoornvlies, bot, beenmerg, nier, alvleesklier, hart, long en lever (orthotoop), alsmede de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door Nederlandse Transplantatie Stichting.

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien de orgaantransplantatie plaatsvindt in een hiertoe erkende instelling voor deze verrichting, hiervoor officieel goedgekeurde tarieven zijn afgegeven en na toestemming vooraf door de verzekeraar.

De kosten van transplantaties van andere organen worden niet vergoed.

Vergoed worden voorts 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 betreffende onder de vergoeding vallende orgaantransplantatie.

Geen uitkering wordt gedaan indien een verzekerde een orgaan laat verwijderen in verband met transplantatie bij iemand, die niet bij de verzekeraar is verzekerd.

2.1.6 Chronisch intermitterende beademing:

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

2.1.7 Trombosedienst:

de kosten van hulp door de trombosedienst op voorschrift van een specialist.

2.1.8 Leukemie bij kinderen:

vergoed worden de kosten van de centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).

2.1.9 Fertiliteitsbevorderende behandeling:

de kosten van operatieve ingrepen, hormoonbehandeling en kunstmatige inseminatie worden vergoed. Daarnaast wordt, na voorafgaande toestemming door de verzekeraar, een tegemoetkoming in de kosten gegeven voor een In Vitro Fertilisatie (IVF) behandeling in een vergunninghoudend ziekenhuis. Gedurende de gehele verzekeringsduur worden maximaal 3 IVF behandelingen vergoed. Per IVF behandeling geldt een eigen bijdrage van f 800,-.

2.1.10 Niet-klinische (poliklinische) specialistische behandeling:

- het honorarium van een specialist voor een poliklinische behandeling;
- de bijkomende kosten;
- de kosten van op advies van de huisarts verricht laboratoriumonderzoek in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium;
- op een daartoe strekkend verzoek door of namens de verzekerde en na toestemming van de verzekeraar, worden de kosten, waaronder wordt verstaan het honorarium en de bijkomende kosten, van een second opinion door een andere specialist vergoed.

2.1.11 Farmaceutische hulp:

de kosten van farmaceutische hulp - overeenkomstig de regeling Farmaceutische Hulp zoals die door de Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld - mits is afgeleverd op voorschrift van een arts, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheker of apotheekhoudend huisarts, voor zover werkzaam in het kader van de Ziekenfondswet of de AWBZ. Een geneesmiddel dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, komt voor vergoeding in aanmerking.

De regeling Farmaceutische Hulp maakt deel uit van deze polis en is op aanvraag verkrijgbaar.

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 anticonceptie 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.

Op de vergoeding van 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 Hulp of de verzekeraar anders bepaalt.

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

De kosten van dieetpreparaten worden vergoed overeenkomstig de regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, na toestemming vooraf door de verzekeraar.

Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis.

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

2.1.12 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck:

de kosten van behandeling - op voorschrift van de huisarts of specialist - door een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck. Na 9 behandelingen dient door de verzekeraar vooraf toestemming aan de verzekerde te worden verleend. Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van 9 behandelingen kinderfysiotherapie, verleend aan kinderen tot 18 jaar.

Onder fysiotherapie wordt hier tevens verstaan chiropractie uitgevoerd door een chiropractor. De vergoeding bedraagt maximaal het CTG tarief voor een zitting fysiotherapie. Niet vergoed worden de kosten van: zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, acupunctuur, haptonomie, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.

2.1.13 Manuele therapie en manuele geneeskunde:

voor manuele therapie uitgevoerd door een fysiotherapeut worden na machtiging door verzekeraar maximaal 6 behandelingen vergoed. Voorwaarde voor vergoeding is een gerichte verwijzing van de huisarts of behandelend specialist. Voor manuele therapie door een arts praktiserend als manueel geneeskundige wordt na machtiging door verzekeraar maximaal 6 behandelingen vergoed volgens het CTG-tarief voor manuele therapie uitgevoerd door een fysiotherapeut.

2.1.14 Logopedie:

de kosten van behandeling - op voorschrift van de huisarts of specialist - door een logopedist als bedoeld in het Logopedisten Besluit. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect en anderstaligheid.

2.1.15 Behandeling door de huisarts, sportarts en S.M.A.:

het honorarium van de huisarts, conform het vigerende CTG-tarief, alsmede de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

Het honorarium van de sportarts en S.M.A., na verwijzing door de huisarts, tot maximaal het vigerende CTG-tarief voor huisartsen terzake het enkelvoudig spreekuurconsult, en op basis van maximaal 5 consulten/behandelingen per kalenderjaar.

Niet vergoed wordt de huisartsenhulp verleend gedurende een opname, waarvoor de verzekeraar uitkering verschuldigd is.

2.1.16 Ziekenvervoer:

de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer binnen Nederland - indien en voor zover openbaar vervoer om medische redenen niet verantwoord is, blijkende uit een verklaring van de behandelend arts - per ambulance, taxi, een huurauto of een eigen vervoermiddel zowel naar als van het dichtstbijzijnde ziekenhuis of kraaminrichting, alsmede naar en van de plaats waar de behandelend specialist praktijk uitoefent respectievelijk vervoer naar een inrichting waarin de verzekerde ten laste van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld. Anders dan voor ambulancevervoer komt een bedrag van f 150,- per polis per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor taxivervoer komt alleen voor vergoeding in aanmerking, indien dit

vervoer door bemiddeling van de Zorgmakelaar tot stand is gekomen. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op 40 cent per kilometer. De kosten dienen verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van de verzekeraar komen.

Geen uitkering wordt gedaan voor vervoer in verband met fysiotherapie als genoemd in artikel 2.1.12.

2.1.17 Hulpmiddelen:

de kosten van aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen (eenvoudige uitvoering) voorgeschreven door de behandelend arts, worden overeenkomstig de maximumbedragen van de Uniforme Regeling Hulpmiddelen - zoals door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld - vergoed. Deze regeling maakt deel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar. De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van de verzekeraar.

Het recht op vergoeding van de kosten van de aanschaf dan wel bruikleen bestaat uitsluitend indien en voor zover de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek op voorhand toestemming heeft gegeven. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld. In geval van bruikleen is een eventueel eigen risico niet van toepassing.

De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Uniforme Regeling Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

2.1.18 Bevalling en kraamzorg:

voor vrouwelijke verzekerden geldt terzake van bevalling en kraamzorg de volgende vergoedingsregeling:

2.1.18.1. Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis (medisch noodzakelijk):

indien en voor zolang verblijf in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is, bestaat voor moeder en het bij haar op de polis medeverzekerde kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op vergoeding van:

- a. de kosten van opname in de derde klasse;
- b. de door het ziekenhuis in rekening gebrachte bijkomende kosten;
- c. het honorarium van verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door een specialist, huisarts of verloskundige;
- d. het honorarium van de specialist.

2.1.18.2. Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis of kraaminrichting (niet medisch noodzakelijk), poliklinische bevalling of thuis:

- een uitkering ineens (achteraf) ten hoogte van f 4.000,-, (voor de kosten van ziekenhuis, kraaminrichting, verloskundige hulp, kraamzorg en andere aan de bevalling verbonden kosten gezamenlijk) of
- zorg in natura, geregeld door de verzekeraar. Deze zorg moet ten minste drie maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aangevraagd worden. Niet vergoed worden de kosten van de verloskamer bij een bevalling zonder medische indicatie. Kraamzorg wordt in overleg geregeld, waarbij minimaal 24 uur en maximaal 64 uur hulp wordt verleend.

2.1.18.3 Combinatie van de hulp genoemd onder 2.1.18.1 en 2.1.18.2:

- indien de onder 2.1.18.1 genoemde verpleging van moeder en kind korter duurt dan 8 dagen, zal voor de resterende van deze 8 dagen een vergoeding worden verleend van f 325,- per dag of de resterende van deze 8 dagen zorg in natura.
- indien de onder 2.1.18.2 genoemde bevalling binnen 8 dagen na de bevalling alsnog

een ziekenhuisopname met medische noodzaak voor moeder en kind volgt, zal per dag van de opname (maximaal gedurende 8 dagen) f 325,- korting worden toegepast, danwel een dag minder zorg in natura worden verstrekt.

2.1.19 Tandheelkundige hulp:

2.1.19.1. Orthodontische behandeling in bijzondere gevallen:

de kosten van orthodontische behandeling door een orthodontist op advies van de huisarts of tandarts bij een schisisafwijking: lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnato- en/of palatoschisis).

De verzekeraar dient op een daartoe strekkend verzoek op voorhand toestemming te geven voor de behandeling.

2.1.19.2. Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen:

de kosten van tandheelkundige behandeling 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:

- het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen ten minste tien dient te zijn;
- een kaakgewrichtsafwijking (pijndisfunctiesyndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts, algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten niet tot het gewenste resultaat heeft geleid;
- een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento alveolair defect);
- een lip- of kaak- of verhemeltespleet (cheilo- of gnato- of palatoschisis);
- een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect).

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist en de verzekeraar op een daartoe verstrekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, op voorhand toestemming heeft gegeven.

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

2.1.19.3. Tandheelkundige hulp voor verzekerden jonger dan 18 jaar:

vergoeding van 100% van de kosten van behandeling door een tandarts of een dienst voor jeugdtandverzorging. Niet vergoed worden kronen, bruggen en gegoten vullingen. Indien door een lichamelijke en/of geestelijke handicap een langere dan normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, is de bovengenoemde vergoedingsregeling niet van toepassing.

Na vooraf verleende toestemming door de verzekeraar wordt vergoeding van kosten, in rekening gebracht door een tandarts, verleend op basis van 75% van het goedgekeurde tarief per behandelingsuur.

Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend voor de personen met een lichamelijke en/of geestelijke handicap die geen aanspraak kunnen maken op de tandheelkundige verstrekkingen krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

2.1.19.4 Tandheelkundige hulp voor verzekerden ouder dan 18 jaar:

voor personen ouder dan 18 jaar worden 2 periodieke controles, tandsteenverwijdering en instructie mondhygiëne 100% vergoed.

2.1.19.5 Prothesen:

na machtiging:

P00	techniekkosten volledige prothese techniekkosten betreffende P21, P25 en P30	75%
P17	extra beetregistratie met specifieke apparatuur	75%
P21	bovenprothese	75%
P25	onderprothese	75%
P27	reoccluderen	75%
P28	naregistratie en remounten	75%
P29	extra te berekenen voor elk overkapt element	75%
P30	boven- en onderprothese	75%
P36	individuele afdruk zonder randopbouw	75%
P37	frontopstelling in aparte zitting	75%
P38	extra voor bepaling verticale beethoogte met behulp van specifieke apparatuur	75%
P39	extra voor bepaling neutrale zone	75%
P40	toeslag immediaat prothese per element	75%
P41	extra voor relinen van alginaat-afdruk	75%
P42	extra voor specifieke A-zone-bepaling	75%
P43	extra voor extra beetbepaling van waswallen	75%
P50	tissue conditioning	75%
P65	planmatig inslijpen van bestaande prothese	75%

zonder machtiging:

De volgende vergoedingen gelden alleen voor volledige prothesen:

P00	techniekkosten betreffende P01, P02, P03, P04, P07 en P08	100%
P01	rebasen/relinen per werkstuk indirect zonder randopbouw	100%
P02	rebasen/relinen per werkstuk indirect met randopbouw	100%
P03	rebasen/relinen per werkstuk direct zonder randopbouw	100%
P04	rebasen/relinen per werkstuk direct met randopbouw	100%
P07	reparatie prothese zonder afdruk	100%
P08	reparatie prothese met afdruk	100%

2.1.20 Hulp door een audiologisch centrum:

de kosten van hulp door een, daartoe door de bevoegde overheidsinstantie erkend, audiologisch centrum op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

2.1.21 Erfelijkheidsonderzoek:

de kosten van hulp in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na verwijzing door huisarts of specialist. De hulp omvat het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluids-onderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze hulp verband houdende psycho-sociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde. De kosten in verband met onderzoek bij andere personen dan de verzekerde, komen voor rekening van (de verzekeraar van) de andere personen.

2.1.22 Buitenland:

2.1.22.1 Spoedeisende geneeskundige hulp:

vergoeding van de kosten van spoedeisende geneeskundige hulp, niet zijnde tandheelkundige hulp, tijdens vakantie- of zakenreis, van maximaal 183 achtereenvolgende dagen,

in het buitenland gemaakt omvat de kosten van verstrekkingen waarop bij verblijf in Nederland op grond van de verzekeringsvoorwaarden aanspraak gemaakt zou kunnen worden tot een maximum van 200% van de kosten die zouden zijn vergoed, indien de verzekerde in Nederland een soortgelijke behandeling zou hebben ondergaan.

2.1.22.2 ANWB Alarmcentrale:

kosten van hulpverlening uitgevoerd door de ANWB Alarmcentrale in verband met medische begeleiding en toezending van medicijnen en/of hulpmiddelen worden 100% vergoed op basis kostprijs.

2.1.22.3 Voorwaarden voor de buitenlanddekking:

- a. De hulpverlening dient een spoedeisend karakter te hebben en kan niet worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland.
- b. De hulpverlening mag niet het gevolg zijn van de vooropgezette bedoeling om een behandeling te ondergaan.
- c. Bij vertrek naar het buitenland was behandeling niet te voorzien.
- d. De hulpverlening is door of na goedkeuring van de ANWB Alarmcentrale, ten deze handelend namens de verzekeraar, tot stand gekomen. Deze goedkeuring is niet vereist voor huisartsenhulp, apothekershulp en tandartshulp.
- e. De verzekerde of een namens hem handelende derde heeft zo spoedig mogelijk nadat de behoefte aan hulp is geconstateerd, de ANWB Alarmcentrale ingeschakeld.
- f. De vergoeding van kosten vallende onder de buitenlanddekking vindt uitsluitend plaats tegen inlevering van de originele en gespecificeerde nota's. Op verzoek van de verzekeraar dienen betalingsbewijzen te worden overhandigd. Indien hier niet aan wordt voldaan, kan de verzekeraar weigeren tot betaling over te gaan.
- g. Reddingskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

2.1.22.4 Vergoeding:

de vergoeding van de verzekerde kosten geschiedt in Nederland in Nederlands wettig betaalmiddel, met inachtneming van de omrekenkoers op de dag van het vaststellen van de uitkering.

2.1.23 Aanvullende thuisverpleging:

ter bekorting of vervanging van een medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis kan een tegemoetkoming in de kosten worden gegeven van aanvullende thuisverpleging door een verpleegkundige of ziekenverzorgende ten huize van de verzekerde voor maximaal 60 dagen per kalenderjaar, gedurende maximaal 8 uren per etmaal.

Vooraf dient door de verzekeraar toestemming te zijn verleend, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

2.1.24 Juridische hulp in natura bij ongevallen:

voor het verhalen van niet-medische kosten, voortvloeiend uit een ongeval veroorzaakt door een (eventueel aansprakelijke) derde, heeft de verzekerde recht op juridische hulp in natura, verstrekt door de verzekeraar.

De advocaat van de verzekeraar bepaalt of een verhaalsprocedure zinvol is. De verzekeraar bepaalt of de hulp in natura verstrekt zal worden.

Voor de hier bedoelde juridische hulp in natura is geen eigen bijdrage verschuldigd; evenmin telt de juridische hulp in natura mee terzake een eventueel eigen risico.

2.1.25 Behandeling door een arts-fleboloog:

vergoed wordt 100% van de kosten van onderzoek en behandeling door een arts-fleboloog, tot een maximum van f 500,- per kalenderjaar.

2.1.26 Behandeling door een arts-proctoloog:

vergoed wordt 100% van de kosten van onderzoek en behandeling door een arts-proctoloog, tot een maximum van f 500,- per kalenderjaar.

2.1.27 Ergotherapie:

een vergoeding van maximaal 10 uren per kalenderjaar. Recht op vergoeding van deze hulp bestaat uitsluitend wanneer de behandeling geschiedt na toestemming van de verzekeraar op schriftelijk verzoek van de behandelend arts of specialist.

2.1.28 Zorgmanagement:

een exclusieve dienstverlening van de Zorgmakelaar waarbij op verzoek van verzekerde de benodigde (medische) zorg wordt georganiseerd, verbeterd, bespoedigd en/of toegelicht. Deze dienstverlening omvat o.a.:

- wachtlijstbemiddeling door de Zorgmakelaar bij medisch noodzakelijke behandeling door een specialist in een ziekenhuis of een opname in een ziekenhuis;
- bemiddeling bij het vinden van de meest geschikte behandeling bij klachten van het houdings- en bewegingsapparaat;
- bemiddeling bij het vinden van de meest geschikte behandeling bij arbeidsgerelateerde psychische problematiek;
- het organiseren van thuiszorg ter vervanging of verkorting van een verblijf in het ziekenhuis;
- versnelde intensieve medisch noodzakelijke behandeling;
- kinderopvang bij opname van de verzorgende ouder, voorzover meeverzekerd middels een AV+, AVC of een AV Ziezo;
- bemiddeling voor taxivervoer;
- informatie over ziektebeelden en -ontwikkelingen, medicijnen, dieet, en voedingsmiddelen, hulpmiddelenadvies etc.;
- bij ziekte informatie en advisering voor huishoudelijke hulp, kinderopvang e.d.

Voor meer informatie over de dienstverlening van de Zorgmakelaar verwijzen wij u naar de brochure van de Zorgmakelaar.

Deze brochure kan worden aangevraagd bij verzekeraar.

2.1.29 Vroegsignalering:

verzekerde kan een beroep doen op Vroegsignalering door ProVé B.V. na een aaneengesloten periode van 13 weken verzuim door arbeidsongeschiktheid, dan wel direct nadat de bedrijfsarts heeft aangegeven te verwachten dat het verzuim langer dan 13 weken zal gaan duren. Een verzoek tot Vroegsignalering dient bij de verzekeraar te worden ingediend.

2.1.30 Wachtlijstbemiddeling:

indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, kan de verzekerde ter bespoediging van het verkrijgen van poliklinische specialistische hulp of een opname in een ziekenhuis een beroep doen op de bemiddeling door de zorgmakelaar van de verzekeraar.

3. UITSLUITINGEN

Geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt:

3.1 indien - zo de in deze voorwaarden bedoelde verzekering niet bestond - aanspraak zou kunnen worden gemaakt op vergoeding van schade respectievelijk kosten op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum. Deze verzekering is eerst in de laatste plaats geldig;

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

3.3 voor onderzoek en behandeling door een psycholoog of psychotherapeut;

3.4 voor psycho-analyse;

3.5 voor alternatieve geneeswijzen;

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

3.7 voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij. 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 gedeponereerd;

3.8 voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.

3.8.1 de uitsluiting onder 3.8. geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225).

3.8.2 Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 3.8.1. geen toepassing.

3.9 voor onderzoek en/of behandeling door een hoogleraar-specialist, tenzij werd verwezen naar een hoogleraar door een specialist;

3.10 voor tandheelkundige implantaten en de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak;

3.11 voor kosten in verband met ziekten of afwijkingen, waarvoor de verzekerde is uitgesloten en waarvan aan deze schriftelijk kennis is gegeven;

3.12 voor het ongedaan maken van de gevolgen van een kunstmatig verkregen steriliteit;

3.13 voor keuringen, attesten en vaccinaties, tenzij in de regeling Farmaceutische Hulp anders is bepaald;

3.14 voor alle onderzoeken en/of behandelingen, o.a. op consultatie- en adviesbureaus, in het kader van de algemene preventie;

3.15 voor verrichtingen (bijv. anesthesie) verband houdende met ingrepen die niet onder de dekking van deze verzekering vallen;

3.16 voor onderzoek en/of behandeling, die naar algemeen medische opvatting niet behoren tot de praktijkuitoefening van de betrokken huisarts of specialist.

4. GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

4.1 Het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier alsmede schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk verstrekt, vormen met de bij een eventuele keuring door de verzekerde verstrekte gegevens de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daar deel van uit. Verzwijging, onvolledige en onjuiste beantwoording van door of namens de verzekeraar gestelde vragen kan voor de verzekeraar aanleiding zijn de vernietiging, geheel of gedeeltelijk, van de verzekeringsovereenkomst in te roepen.

4.2 De verzekering wordt onder dezelfde condities aangegaan en gehandhaafd voor alle leden van het gezin voor zover niet anders overeengekomen.

Deze verplichting geldt niet voor gezinsleden:

- a. zolang zij militair zijn;
- b. voor zover en voor zolang zij bij een ziekenfonds als verplicht verzekerde staan ingeschreven; als een der echtgenoten echter een verzekering heeft waaraan deze rechten kan ontleen op basis van een verpleegklasse anders dan de derde klasse, dan moet de verplicht verzekerde echtgenoot zich aanmelden voor een aanvullende verzekering volgens dezelfde klasse;
- c. voor zover en voor zolang zij deelnemen aan een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering;
- d. voor zover zij ingevolge de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen worden ingeschreven in de Standaard(Pakket)Polis;
- e. voor zover het betreft kinderen, stief- en pleegkinderen verzekerd krachtens een aanvullende dekking die echter aanspraken hebben volgens de laagste klasse.
In dat geval kan bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd de verzekering worden omgezet naar een verzekering op basis van het laagste tarief.

4.3 Wordt aan het bepaalde in dit artikel niet voldaan, dan heeft de verzekeraar het recht de bestaande verzekering te beëindigen op een door haar te bepalen tijdstip.

5. INSCHRIJVING

5.1 Geen gezondheidswaarborgen zijn vereist voor:

- a. tijdens de verzekeringsduur geboren kinderen, mits zij binnen 2 maanden na de geboorte bij de verzekeraar als verzekerde zijn aangemeld;
- b. hen, die hun verzekering tijdelijk (maximaal 12 maanden) hebben moeten onderbreken wegens toetreding tot de verplichte ziekenfondsverzekering of een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering en die na beëindiging daarvan aansluitend weer in hetzelfde tarief bij de verzekeraar willen toetreden.

5.2 Voor de kinderen, bedoeld in artikel 5.1 onder a., gaat de verzekering in op de dag van de geboorte. Voor hen bedoeld in artikel 5.1 onder b., gaat de verzekering in op de dag, volgende op die van de beëindiging van de voorgaande verzekering.

6. VERPLICHTINGEN

6.1 Verplichtingen bij wijzigingen: De verzekerde is verplicht binnen twee maanden aan de verzekeraar schriftelijk mededeling te doen van iedere wijziging in de omstandigheden in het gezin die voor de verzekering van belang kan zijn, zoals huwelijk, geboorte, overlijden, adreswijziging en dergelijke; aan de verzekeraar tijdig alle inlichtingen te verschaffen, die in verband met de verzekering door de verzekeraar noodzakelijk worden geacht. De verzekerde moet erop toezien dat op de polis de noodzakelijke wijzigingen worden aangebracht.

Alle gevolgen voortvloeiende uit het niet of niet tijdig nakomen van deze verplichtingen zijn voor risico van de verzekerde. Mededelingen, door de verzekeraar verzonden aan het laatst bekende adres van de verzekerde, worden geacht de verzekerde te hebben bereikt.

6.2 Verplichtingen bij schade: De verzekerde is verplicht:

6.2.1

- van een opname in een ziekenhuis en bij bevalling en kraamzorg zo spoedig mogelijk vooraf schriftelijk kennis te geven aan de verzekeraar;
- spoedopnemingen binnen twee dagen na opname schriftelijk ter kennis te brengen van de verzekeraar;
- de behandelend huisarts of specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur;

6.2.2

aan de verzekeraar, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;

6.2.3

bij niet-klinische specialistische behandeling, een verwijzing van de specialist, huisarts of tandarts te overleggen, indien de verzekeraar hierom vraagt;

6.2.4

bij fysiotherapie, oefentherapie en logopedie een verwijzing van de specialist of huisarts te overleggen, indien de verzekeraar hierom vraagt.

6.3. Verplichtingen bij uitkering rechtstreeks aan zorgaanbieder: Indien de verzekeraar rechtstreeks de (volledige) kosten vergoedt aan de zorgaanbieder, zulks met inbegrip van een (deel van) het eigen risico of (een deel van) een eigen bijdrage, is de verzekeringnemer verplicht dit door hem verschuldigde bedrag op eerste verzoek aan de verzekeraar te voldoen, binnen de daarvoor gestelde termijn.

6.4 Gevolgen van niet voldoen aan de verplichtingen: De verzekeringnemer en verzekerde zijn verplicht alles te laten en niets te doen waardoor de belangen van de verzekeraar geschaad kunnen worden. Indien de in deze voorwaarden genoemde verplichtingen niet zijn nagekomen en daardoor de belangen van de verzekeraar zijn geschaad, vervalt elk recht op vergoeding.

7. SCHADE

7.1 De verzekerde is verplicht de originele nota's, die op zodanige wijze gespecificeerd dienen te zijn dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden, uiterlijk 31 december van het jaar volgend op het

jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij de verzekeraar in te dienen. Computernota's dienen door de zorgaanbieder gewaarmerkt te zijn.

7.2 Rekeningen die na 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de verzekeraar zijn ingediend, komen niet meer voor uitkering in aanmerking.

7.3 Binnen een maand na de vaststelling van de uitkering, zal de verzekeraar het verschuldigde bedrag betalen. Als de verzekerde niet binnen een maand na de datum van betaling tegen de uitkering bezwaar maakt, wordt aangenomen, dat deze met de uitkering onvoorwaardelijk akkoord gaat.

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

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

7.6 Bij opname in een hogere klasse dan waarvoor de verzekering is gesloten, bedraagt de uitkering voor verpleging en bijkomende kosten de in dit ziekenhuis geldende prijs voor de verzekerde klasse.

7.7 Indien betalingen aan anderen dan de verzekerden worden gedaan is de verzekeraar rechtsgeldig gekweten.

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

7.9 Ingeval door de verzekeraar rechtstreeks de (volledige) kosten zijn vergoed aan een zorgaanbieder of hulpverlenende instelling terwijl op dat onderdeel van de risicodekking (nog) een eigen bijdrage of een eigen risico van toepassing is, zal de verzekeraar aan verzekerde het verschuldigde bedrag in rekening brengen. De verzekerde dient het verschuldigde bedrag op eerste verzoek te voldoen.

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

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

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

7.13 Vergoedingen die worden geclaimd op basis van mondelinge of telefonische toezegging en verder gaan dan de reikwijdte van de verzekeringsvoorwaarden worden alleen dan vergoed indien verzekeraar dit schriftelijk heeft bevestigd aan de verzekerde.

7.14 Aansprakelijkheid van derden

7.14.1 De verzekerde is verplicht de verzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde. Indien sprake is van ziekte, ongeval of letsel waarbij een mogelijk aansprakelijke derde is betrokken, dient de verzekerde hiervan onmiddellijk aangifte te doen bij de politie, alsmede de verzekeraar onmiddellijk te informeren.

7.14.2 In geen geval mag zonder schriftelijke machtiging van de verzekeraar met die derde of diens gemachtigde, daaronder begrepen diens verzekeringsmaatschappij, enigerlei regeling worden getroffen, waardoor de verzekeraar in haar belangen kan worden geschaad.

8. INGANG, DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

8.1 Ingang en duur van de verzekering:

8.1.1 Bij aanvaarding van de kandidaat-verzekerde vangt de verzekering aan op de eerste van de maand, waarin de datum is gelegen waarop de kandidaat-verzekerde, blijkens het door hem ondertekende aanmeldingsformulier, de verzekering wil doen aanvangen. De verzekering vangt echter nooit eerder aan dan op de eerste van de maand, waarin het aanmeldingsformulier bij de verzekeraar is binnengekomen, behoudens hetgeen is bepaald in artikel 8.1.2 en artikel 5.1, en nooit later dan op de eerste van de vijfde maand volgend op die, waarin het aanmeldingsformulier bij de verzekeraar is binnengekomen.

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

8.1.3 De verzekering wordt aangegaan voor onbepaalde tijd, met dien verstande dat zij ten minste voor de duur van een kalenderjaar moet worden aangegaan. Verzekeringen aangevangen in de loop van een kalenderjaar worden ten minste voor de duur van dat en van het daarop volgende kalenderjaar aangegaan.

8.2. Einde van de verzekering:

8.2.1 De verzekerde kan door opzegging zijn verzekering beëindigen op 1 januari van het jaar volgende op het jaar, waarin de opzegging plaats heeft, mits de verzekering op dat tijdstip ten minste een jaar heeft geduurd en de opzegging geschiedt voor 1 oktober, behoudens het bepaalde in artikel 10.5 van deze verzekeringsvoorwaarden. De opzegging dient per aangetekend schrijven te geschieden.

8.2.2 De verzekeraar kan de verzekering niet beëindigen door opzegging, tenzij de beëindiging geschiedt op grond van artikel 4.3 of artikel 9.7 van deze verzekeringsvoorwaarden.

8.2.3 Behalve door opzegging eindigt de verzekering:

- b. zodra de verzekeraar van de verzekerde schriftelijk mededeling heeft ontvangen van zijn inschrijving bij een ziekenfonds dan wel bij een publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraar; de verzekerde dient de verzekeraar in dit geval een copie van de bedoelde inschrijving te doen toekomen;

- c. zodra de verzekerde zich metterwoon in het buitenland vestigt dan wel langer dan een jaar in het buitenland verblijft;
- d. als de verzekerde overlijdt;
- e. met ingang van de eerste van de maand waarin de verzekerde de 65-jarige leeftijd bereikt. Er zal aansluitend verzekering plaatsvinden krachtens de StandaardPakketPolis met inachtneming van de op grond van de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen (WTZ) voor die verzekering geldende regels, premie en voorwaarden.

8.2.4 Vanaf de datum van beëindiging der verzekering vervalt elke aanspraak op vergoeding.

8.2.5 Een wijziging van de verzekering op verzoek van de verzekeringnemer is slechts mogelijk per 1 januari van het jaar volgend op het jaar waarin het verzoek daartoe, door middel van een door verzekeringnemer ingevuld en ondertekend aanmeldingsformulier is ingediend en nadat de verzekeraar de wijziging heeft goedgekeurd. Bij wijziging wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

8.3. Eigen risico:

8.3.1 Een eigen risico wordt per kalenderjaar vastgesteld naar de gezinssamenstelling per 1 januari van dat kalenderjaar.

8.3.2 Beëindiging of wijziging van een gekozen eigen risico aan de voet vindt uitsluitend plaats bij aanvang van een kalenderjaar. Aan beëindiging of wijziging kunnen door de verzekeraar nadere voorwaarden worden gesteld.

8.3.3 Bij aanvang van de verzekering in de loop van een kalenderjaar wordt een gekozen eigen risico aan de voet pro rata vastgesteld.

Bij tussentijdse beëindiging van de verzekering blijft het eigen risico ongewijzigd van kracht.

8.3.4 Voor het bereiken van het bedrag van het eigen risico aan de voet tellen uitsluitend de kosten mee, die op grond van de voorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen. Die kosten tellen eveneens mee voor het bereiken van een, eventueel voor een onderdeel van de dekking geldende, maximum vergoeding.

8.3.5 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.

9. PREMIEBETALING

9.1 De verzekeringnemer is verplicht de premie en de kosten alsmede bijdragen die voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen bij vooruitbetaling te voldoen, voor de eerste keer bij de aanvang van de verzekering, voor alle op de polis genoemde personen. Voor kinderen tot 18 jaar is maximaal voor 3 kinderen premie verschuldigd. De premie, de kosten en de bijdragen op grond van wettelijke regelingen, zijn verschuldigd met ingang van de dag dat de verzekering van kracht wordt. >

9.2 De premie dient in de overeengekomen termijnen te worden betaald en is op de eerste dag van elke betalingstermijn ten kantore van de verzekeraar verschuldigd.

9.3 De premie wordt voldaan tegen afgifte van een door de verzekeraar verstrekte kwitantie of tegen een ander daartoe door haar aangewezen bewijs van kwijting.

Bij niet betaling van de premie binnen een maand na de vervaldatum, vervalt het recht op uitkering onverminderd de verplichting tot verdere premiebetaling.

9.4 Het verval van recht op uitkering wordt geacht te zijn ingegaan op de eerste dag van het tijdvak, waarover de achterstallige premie verschuldigd was.

Als de achterstallige premie nog door de verzekeraar wordt aanvaard, gaat het recht op uitkering weer in op de dag volgende op die, waarop deze premie ten kantore van de verzekeraar is voldaan.

9.5 De verzekeraar is niet aansprakelijk voor kosten door de verzekerden gemaakt tijdens het verval van recht op uitkering.

9.6 Het is de verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van de verzekeraar te vorderen vergoeding.

9.7 Indien het recht op uitkering om bovengenoemde reden is vervallen, is de verzekeraar bevoegd de verzekering op een door hem te bepalen tijdstip te beëindigen, waarbij de verplichting tot premiebetaling echter onverminderd blijft bestaan.

9.8 Als de verzekeraar overgaat tot invordering van de verschuldigde premie, zijn alle daaronder vallende kosten, zowel in als buiten rechte, voor rekening van degene die de premie is verschuldigd.

9.9 Bij het ingebreke stellen van het betalen van de premie op de vervaldag, kan de verzekerde zich nimmer beroepen op het feit, dat de premie niet tijdig ten huize van de verzekerde is geïnd.

9.10 Bij wijziging van premie door het bereiken van een leeftijdsgrens gaat, indien van toepassing, de nieuwe premie in op de (eerste van de maand volgend op de) dag waarop die bepaalde leeftijdsgrens werd bereikt.

9.11 Bij de geboorte van een kind in een verzekerd gezin, is de eventueel daarvoor vastgestelde premie verschuldigd vanaf de dag waarop de geboorte heeft plaatsgehad, ongeacht de datum, waarop het kind wordt aangemeld.

9.12 Voor verzekerden, bedoeld in artikel 8.1.2 en artikel 5.1 is de premie verschuldigd vanaf de datum van inschrijving.

9.13 Voor verzekerden bedoeld in artikel 8.2.3, eindigt de premiebetaling vanaf de datum van beëindiging der verzekering.

10. HERZIENING VAN PREMIE EN VOORWAARDEN

10.1 De verzekeraar houdt zich het recht voor om en bloc of groepsgewijs:

- a. de verzekeringsvoorwaarden - waaronder mede te begrijpen eigen risico bedragen en percentages van uitkeringen - te allen tijde te wijzigen;
- b. de premies te verhogen zodra zij van oordeel is, dat de uitgaven zodanig zijn gestegen

of zullen stijgen, dat deze niet door de geldende premies worden of zullen worden gedekt.

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

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

10.4 De verzekeraar zal voor de datum van ingang van de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden of van de premieverhoging de wijzigingen aan de verzekerde meedelen.

10.5 De verzekerde, die zich met de gewijzigde verzekeringsvoorwaarden of de verhoogde premie niet kan verenigen, kan per de ingangsdatum daarvan de verzekering beëindigen, mits de verzekerde hiervan bij aangetekend schrijven mededeling doet aan de verzekeraar welk schrijven moet zijn ontvangen:

- a. voor bedoelde ingangsdatum, indien toezending als bedoeld in artikel 10.4 ten minste een maand voor de datum van ingang is geschied;
- b. binnen een maand na bedoelde ingangsdatum, indien toezending als bedoeld in artikel 10.4, minder dan een maand voor de datum van ingang is geschied.

10.6 Indien de wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden en/of premies voortvloeien uit door de Overheid dwingend opgelegde regelgeving is het bepaalde in artikel 10.5 niet van toepassing.

10.7 Het bepaalde in artikel 10.5 is niet van toepassing indien de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden een verruiming dan wel een verbetering van de voorwaarden inhoudt.

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

11. REGISTRATIE VAN PERSOONSgegevens

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door de verzekeraar gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacy-reglement van toepassing, hetgeen ter inzage ligt bij de verzekeraar. Het reglement van de verzekeraar kan tegen kostprijs worden besteld bij de verzekeraar.

12. GESCHILLEN

12.1 Beslissing directie: Indien de verzekerde zich niet met een beslissing van de verzekeraar kan verenigen, dient hij, alvorens een arbitrale procedure aan te spannen, op straffe van verval van zijn rechten, de volgende regels in acht te nemen. Binnen een maand nadat die beslissing hem is meegedeeld zal hij de kwestie voorleggen

aan de directie van de verzekeraar. De directie dient binnen een maand nadat zij van de kwestie op de hoogte is gesteld, daaromtrent te beslissen; bij gebreke van een beslissing binnen de gestelde termijn wordt de oorspronkelijke beslissing geacht door de directie te zijn bevestigd.

12.2 Geschillen voortkomend uit deze overeenkomst worden met uitsluiting van de gewone rechter beslist door een commissie van 3 arbiters. Elk van de partijen benoemt een arbiter, beide arbiters tezamen benoemen de derde arbiter die tevens voorzitter zal zijn. Indien de arbiters het niet eens worden over de benoeming van de derde arbiter zal diens benoeming geschieden op verzoek van de meest gereede partij door de Rechtbank te Groningen. De arbitragecommissie wordt bijgestaan door een secretaris-jurist die geen stemrecht heeft.

De kosten van arbitrage zijn voor rekening van de in het ongelijk gestelde partij, tenzij de commissie van arbiters anders beslist. De verzekerde moet bij zijn verzoek om arbitrage een bedrag van f 150,- als waarborgsom storten bij verzekeraar. De commissie van arbiters stelt zelf de procesgang vast, en kan, alvorens de zaak ten principale in behandeling te nemen, van partijen de ondertekening van een akte van compromis verlangen.

Een geschil wordt geacht te bestaan als tenminste één van de partijen van oordeel is dat er een geschil is.

12.3 Gewone rechter: Niettegenstaande het hierboven in artikel 12.2 bepaalde, is de verzekeraar bevoegd de door de verzekeringnemer verschuldigde premie, met inbegrip van daartoe betrekkelijke rente en kosten, via de gewone burgerlijke rechter in te vorderen.

12.4 Termijn voor arbitrage: Indien de verzekerde inschakeling van de commissie van arbiters wenst, dient hij zulks, op straffe van verval van rechten, binnen een maand na dagtekening van de voor arbitrage vatbare beslissing bij aangetekend schrijven aan de verzekeraar mee te delen; een verzoek als hier bedoeld wordt geacht te zijn gedaan op de dag van verzending van dat aangetekend schrijven.

12.5 Nederlands recht: Behoudens hetgeen bepaald is in de voorgaande leden van dit artikel is op deze verzekeringsvoorwaarden Nederlands recht van toepassing.

12.6 Ombudsman Zorgverzekeringen: Naast de geschillenregeling zoals opgenomen in deze verzekering, kunnen klachten, nadat zij ter kennisneming zijn gebracht van de directie, en deze haar definitieve standpunt kenbaar heeft gemaakt, dan wel binnen een periode van een maand na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, worden voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.

12.7. Slotbepaling: In de gevallen waarin deze voorwaarden niet voorzien, beslist de verzekeraar.

13. AANVULLENDE KLASSEVERZEKERING

Voor zover meeverzekerd, heeft verzekerde recht op vergoeding van de verpleegprijs van een ziekenhuis voor de verzekerde klasse, mits verzekerde ook daadwerkelijk is opgenomen in deze klasse.

Indien opname in een ziekenhuis plaatsvindt in een lagere dan de verzekerde klasse, dan wordt op verzoek van verzekerde f 50,- per verpleegdag vergoed.

Indien als aanvullende klasse de laagste tweede klasse is meeverzekerd en een verzekerde wordt opgenomen in een ziekenhuis met één tweede klasse, dan vindt volledige vergoeding plaats volgens de tarieven van die ene tweede klasse.