



VERZEKERINGEN

lid van de ERGO verzekeringsgroep

Ziektekostenverzekering

Algemene voorwaarden van verzekering Model 9900

Inhoud

- Artikel 1 Begripsomschrijvingen
- Artikel 2 Grondslag van de verzekering
- Artikel 3 Strekking van de verzekeringsovereenkomst
- Artikel 4 Omvang en dekking

Rubriek C

- 4.14 Bevalling en kraamzorg

Rubriek D

- 4.15 Ziekenvervoer

Rubriek A

- 4.1 Verpleging
- 4.2 Niet-medisch noodzakelijke verpleging
- 4.3 Thuisverpleging
- 4.4 Verpleging in een hogere klasse
- 4.5 Dagverpleging
- 4.6 Logeershuis
- 4.7 Revalidatie

Rubriek B

- 4.8 Niet-klinische specialistische behandeling
- 4.8.1 Honorarium specialist en bijkomende kosten
- 4.8.2 Laboratoriumonderzoek op advies huisarts
- 4.8.3 Hemodialyse
- 4.8.4 Eurotransplant
- 4.8.5 Bloed- en beenmergdiagnostiek
- 4.8.6 Fysiotherapie
- 4.8.7 Logopedie
- 4.8.8 Hartstimulator
- 4.8.9 Injecties
- 4.8.10 Hulpmiddelen
- 4.8.11 Tandheelkunde
- 4.8.12 Manuele therapie
- 4.8.13 Acupunctuur
- 4.9 Hulp door een audiologisch centrum
- 4.10 Erfelijkheidsonderzoek
- 4.11 Chronisch intermitterende beademing
- 4.12 Trombosedienst
- 4.13 Farmaceutische hulp

Rubriek E

- 4.16 Behandeling door een huisarts
- Artikel 5 Buitenland
- Artikel 6 Niet verzekerde kosten
- Artikel 7 Melding ziekenhuisopname en indiening declaraties
- Artikel 8 Uitkeringen
- Artikel 9 Controle
- Artikel 10 Gezinsleden
- Artikel 11 Wijziging van gezinssamenstelling of van adres
- Artikel 12 Aanvang, duur en einde
- Artikel 13 Verplichte verzekering
- Artikel 14 Premie
- Artikel 15 Wijziging van premie en/of voorwaarden
- Artikel 16 Verhaalsrecht
- Artikel 17 Samenloop met andere verzekeringen
- Artikel 18 Persoonsregistratie
- Artikel 19 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
- Artikel 20 Toepasselijk recht en geschillenregeling

NVS

Zorgverzekeringen N.V.

Rokin 75

Postbus 940

1000 AX Amsterdam

Telefoon (020) 555 25 55

Fax (020) 625 23 30

ARTIKEL 1

Begripsomschrijvingen

1.1 Verzekeraar

NVS Zorgverzekeringen N.V.

1.2 Audiologische hulp

Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psycho-sociale hulp indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

1.3 Arts

Een in Nederland gevestigde en geregistreerde arts, die bevoegd is de geneeskunde uit te oefenen, niet zijnde de verzekeringnemer of één der verzekerden.

1.4 Behandeling

Geneeskundig(e) behandeling of onderzoek volgens algemeen aanvaarde medische normen.

1.5 Bijkomende kosten

1.5.1 De kosten wegens behandeling tijdens verpleging, niet zijnde verpleegkosten en specialistenhonoraria, of

1.5.2 De kosten tijdens niet klinische specialistische behandeling, niet zijnde specialistenhonoraria.

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 erfelijkheidsadviesing.

1.7 Centrum voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

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

1.8 Dagverpleging

Korter dan 24 uur durende bedverpleging waarvan de noodzaak te voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist.

1.9 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 bloedvoorziening;
- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten;
- verbandmiddelen in geval van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

1.10 Fysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

1.11 Huisarts

Een in Nederland gevestigde 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 huisartsenpraktijk uitoefent.

1.12 Hulpmiddelen

De middelen die in de Regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland zijn opgenomen.

1.13 Kinderfysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg en die tevens staat ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapeuten in de Kinder- en Jeugdgezondheidszorg.

1.14 Klinische specialistische behandeling

Een behandeling door een specialist tijdens verpleging.

1.15 Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig is toegelaten.

1.16 Logopedist

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

1.17 Medisch adviseur

De arts, die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

1.18 Niet-klinische specialistische behandeling

Een behandeling door een specialist, anders dan tijdens verpleging.



VERZEKERINGEN

lid van de ERGO verzekeringsgroep

1.19 Oefentherapeut Cesar/Mensendieck

Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar/Mensendieck, die voldoet aan de eisen als bedoeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

1.20 Mondhygiënist

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

1.21 Onbeperkte vergoeding

De vergoeding van de werkelijk gemaakte kosten, echter tot maximaal de tarieven c.q. prijzen welke op het tijdstip van de behandeling zijn goedgekeurd bij of krachtens de wet, dan wel gelden krachtens, door of namens verzekeraar met een zorgaanbieder gesloten overeenkomst.

1.22 Prolongatiedatum

De prolongatiedatum is de datum, waarop de verzekeringsovereenkomst volgens het bepaalde in artikel 12 wordt verlengd.

1.23 Revalidatie

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

1.24 Specialist

Een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Register van Erkende Specialisten van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

1.25 Specialistische behandeling

Behandeling of onderzoek, volgens medische normen algemeen aanvaard en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven.

1.26 Tandarts

Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

1.27 Tandarts-specialist

Een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in één der Specialistenregisters van de Nederlandsche Maatschappij ter Bevordering der Tandheelkunde.

1.28 Tandheelkundig adviseur

De tandarts, die de verzekeraar in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.

1.29 Verloskundige

Een in Nederland gevestigde verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

1.30 Verpleegkundige

Een in Nederland gevestigde verpleegkundige, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

1.31 Verpleegkosten

De kosten van verpleging, die door een ziekenhuis in rekening worden gebracht.

1.32 Verpleging

Een verblijf in het ziekenhuis van langer dan 24 uur waarvoor verpleegkosten worden berekend.

1.33 Verplichte verzekering

Verzekering ingevolge de Ziekenfondswet.

1.34 Verzekerde

Een in de polis als zodanig genoemde persoon.

1.35 Verzekeringnemer

Degene, die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

1.36 Verzekeringsjaar

Een verzekeringsjaar is een periode, gelijk aan een kalenderjaar. Indien de verzekering niet op 1 januari aanvangt zal de eerste keer het verzekeringsjaar lopen van de ingangsdatum af tot de eerstvolgende eerste januari.

1.37 Ziekenhuis

Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten, alsmede het Nederlands Astma Centrum te Davos.

1.38 Ziekenvervoer

Vervoer per een in het vergoedingenoverzicht genoemd voermiddel.

1.39 Ziekenverzorgende

Een in Nederland gevestigde ziekenverzorgende, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

1.40 Ziektegeval

Elke ononderbroken behoefte aan behandeling, voortgekomen uit dezelfde ziekte-oorzaak of hetzelfde ongeval.

1.41 ZN

Zorgverzekeraars Nederland (de representatieve organisatie van de Nederlandse zorgverzekeraars).

ARTIKEL 2**Grondslag van de verzekering****2.1.**

De door de verzekeringnemer eigenhandig ingevulde gezondheidsverklaring, deel uitmakende van een door hem ondertekend aanvraagformulier, geldt, in samenhang met eventueel daarnaast door hem verstrekte schriftelijke gegevens, als grondslag van deze verzekering en wordt geacht met de polis een geheel uit te maken.

2.2

De verzekeraar is niet gehouden tot enigerlei vergoeding van kosten en hij is bevoegd de verzekeringsovereenkomst zonder inachtneming van een opzegtermijn te beëindigen, indien blijkt dat de in art. 2.1 bedoelde gegevens onvolledig of onjuist waren, dan wel omstandigheden werden verzwegen, welke van dien aard waren, dat de verzekeraar de verzekeringsovereenkomst niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn aangegaan, indien hij daarvan kennis had gedragen.

2.3

Op latere aanvragen tot uitbreiding van de risicodekking of tot andere wijziging van de verzekeringsovereenkomst is het bepaalde in de artikelen 2.1 en 2.2 van overeenkomstige toepassing.

ARTIKEL 3**Strekking van de verzekeringsovereenkomst**

Met inachtneming van de Algemene voorwaarden van verzekering en de uit hoofde van de verzekerde tarieven voortvloeiende aanspraken op vergoeding geldt de verzekeringsovereenkomst voor kosten inzake:

3.1

behandeling, indien en voorzover medisch noodzakelijk, van ziekten, lichaamsgebreken en ongevalsgevolgen;

3.2

preventieve hulp, doch uitsluitend indien deze betreft:

- baarmoederhalsonderzoek (uitstrijkje), tenzij dit plaatsvindt in het kader van bevolkingsonderzoek;
- mammografie, tenzij dit plaatsvindt in het kader van bevolkingsonderzoek;

- onderzoek van hart- en bloedvaten tot in totaal f 250,- en maximaal éénmaal per 24 maanden;
- tetanus- en hondsdolheidvaccinatie;
- advies bij sportblessures door geregistreerde sportartsen bij de tak Sportgeneeskunde van de Landelijke Vereniging van Sociale Geneeskunde (LVSG) of door een Sport Medisch Adviescentrum, maximaal twee maal per twaalf maanden en tot maximaal het enkelvoudig huisartsconsulttarief.

3.3

sterilisatie en abortus, mits de behandeling wordt verricht door een specialist en plaatsvindt in een ziekenhuis. Bij sterilisatie van de man wordt ten hoogste vergoed hetgeen verschuldigd zou zijn geweest bij een niet-klinische behandeling. De kosten van het ongedaan maken van een eerder verrichte sterilisatie worden niet vergoed.

Het voorgaande geldt uitsluitend voor behandelingen voor zover verricht tijdens de duur van de verzekeringsovereenkomst.

ARTIKEL 4**Omvang van de dekking**

(Voor zover toepasselijk volgens de verzekerde tarieven en het van deze polis deel uitmakende vergoedingsoverzicht.)

Rubriek A**4.1 Verpleging**

De verpleegkosten, alsmede de klinische specialistische behandeling en de bijkomende kosten in de verzekerde klasse.

Orgaan-/huidweefseltransplantaties komen voor vergoeding in aanmerking mits de behandeling plaatsvindt in een door de bevoegde overheidsinstantie hiertoe toegelaten inrichting, hiervoor officieel goedgekeurde tarieven zijn afgegeven en nadat de verzekeraar hiervoor vooraf een machtiging heeft verstrekt.

Verpleging donor

Indien een verzekerde wordt verpleegd wegens een orgaan- of een huidweefseltransplantatie en op grond van de vorige alinea aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding van de hieraan verbonden kosten, zal de verzekeraar bovendien de verpleegkosten, de kosten van klinische specialistische behandeling en de bijkomende kosten van de donor vergoeden, ongeacht of deze bij de verzekeraar is verzekerd, echter tot maximaal de voor de desbetreffende verzekerde geldende ziekenhuisklasse.

Een donor heeft bovendien recht op vergoeding van behandeling of verpleging gedurende maximaal drie maanden na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd verpleegd, mits die behandeling of verpleging het rechtstreekse gevolg is van de desbetreffende transplantatie.



VERZEKERINGEN

lid van de ERGO verzekeringsgroep

4.2 Niet-medisch noodzakelijke verpleging

In de navolgende gevallen worden kosten inzake verpleging in een ziekenhuis, die plaatsvindt om een andere dan medische noodzaak ook vergoed met inachtneming van de daarbij gestelde voorwaarden:

4.2.1 Gezonde baby

Indien de moeder in een ziekenhuis wordt verpleegd en de desbetreffende verpleging onder deze polis is verzekerd, worden de kosten van het verblijf in het ziekenhuis van een gezonde baby vergoed gedurende de periode dat de op de polis meeverzekerde baby bij de moeder moet blijven, zo lang de baby de leeftijd van 3 maanden nog niet heeft bereikt.

4.2.2 Besmettelijke ziekten

De kosten van een verblijf in een ziekenhuis wegens een besmettelijke ziekte, als genoemd in de toepasselijke wet, worden vergoed zolang acuut besmettingsgevaar aanwezig is.

4.2.3 Sociale indicatie

Een verblijf in een ziekenhuis binnen Nederland, anders dan voor een rustkuur, waarvoor geen medische noodzaak aanwezig is, doch dat niettemin noodzakelijk moet worden geacht, omdat de verzekerde op andere wijze de nodige verzorging niet kan verkrijgen. De beoordeling of er sprake is van een sociale indicatie is aan de medisch adviseur van de verzekeraar voorbehouden. Aanspraak op vergoeding bestaat slechts indien vooraf aan de verzekeraar toestemming voor verpleging is gevraagd en de verzekeraar zich hiermee schriftelijk akkoord heeft verklaard. De vergoeding van de verpleegkosten is beperkt tot een periode van maximaal vier weken.

4.3 Thuisverpleging

Mits naar het oordeel van de medisch adviseur sprake is van een medische indicatie voor verpleging doch de verzekerde thuis verpleegd wenst te worden, bestaat, met ingang van de dag volgend op de beëindiging van de verpleging, respectievelijk van de dag af waarop de verpleging feitelijk zou plaatsvinden, aanspraak op een tegemoetkoming in de kosten van een verpleegkundige of ziekenverzorgende gedurende een gemaximeerd aantal aaneengesloten dagen per ziektegeval. De verzekeringnemer is verplicht in geval van thuisverpleging vooraf schriftelijk toestemming aan de verzekeraar te vragen onder overlegging van een gemotiveerde toelichting van de behandelend arts, bij welke toestemming nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

Uitdrukkelijk wordt bepaald, dat krachtens dit artikel geen tegemoetkoming in de kosten voor thuisverpleging wordt verleend:

4.3.1

indien door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak kan worden gemaakt op uitkering krachtens enigerlei subsidieregeling;

4.3.2

in geval van verpleging zoals vermeld onder rubriek C, van dit artikel.

4.4 Verpleging in een hogere klasse

Indien een verpleging plaatsvindt in een hogere klasse dan de verzekerde klasse, wordt niet meer vergoed dan bij verpleging in de verzekerde klasse.

Indien de verzekering geldt voor klasse 2B of klasse 2A en de verpleging vindt plaats in klasse 2 van een ziekenhuis dat voor de tweede klasseverpleging geen verschillende tarieven kent, zal de verpleging in klasse 2 worden vergoed.

4.5 Dagverpleging

- de kosten van het medisch noodzakelijke verblijf in een ziekenhuis verband houdend met specialistische behandeling of onderzoek (M10 tarief);
- de bijkomende kosten;
- het honorarium van de specialist.

4.6 Logeerhuis

Vergoeding van f 25,- per kamer per nacht voor de verschuldigde eigen bijdrage bij opname van een meeverzekerd kind voor verblijf van de ouders in een logeerhuis, verbonden aan een ziekenhuis.

Vergoeding van de verblijfskosten van de patiënt in het Prinses Margriethuis van de Nederlandse Lever en Darmstichting á f 72,- per dag voor een maximum van 28 dagen per of na een levertransplantatie. Moeten de ouders in verband hiermee ook bij het ziekenhuis overnachten, dan geldt daarvoor een vergoeding van maximaal f 55,- per kamer per nacht.

4.7 Revalidatie

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

Rubriek B

4.8 Niet-klinische specialistische behandeling

4.8.1 Honorarium specialist en bijkomende kosten

4.8.1.1 Het honorarium van een specialist.

Schriftelijke verwijzing door de huisarts of de tandarts is vereist, behalve in geval van behandeling door een oogarts.

4.8.1.2 De bijkomende kosten die gemaakt zijn tijdens de behandeling.

4.8.2 Laboratoriumonderzoek op advies huisarts.

Laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

4.8.3 Hemodialyse.

Behandeling met een kunstnier (hemodialyse), ook indien de behandeling niet in een ziekenhuis plaatsvindt. In geval van hemodialyse ten huize van verzekerde, vindt ook vergoeding plaats van bepaalde niet-medische kosten overeenkomstig het advies, dat door ZN is verstrekt, indien en voorzover de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek vooraf toestemming heeft gegeven, bij welke toestemming nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

4.8.4 Eurotransplant.

De kosten van weefseltyperingen in verband met transplantaties met inbegrip van de bijbehorende computeradministratiekosten.

4.8.5 Bloed- en beenmergdiagnostiek.

Centrale diagnostiek alsmede coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen.

4.8.6 Fysiotherapie.

Behandeling door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut Mensendieck/ oefentherapeut Cesar respectievelijk behandeling door een kinderfysiotherapeut per indicatie op voorschrift van huisarts of specialist en met inachtneming van hetgeen omtrent aantal behandelingen en aandoeningen in het vergoedingenoverzicht nader is bepaald.

4.8.7 Logopedie.

Vergoeding van de kosten van behandeling op voorschrift van de huisarts of de specialist door een logopedist. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect en anderstaligheid.

4.8.8 Hartstimulator

Plaatsing, respectievelijk vernieuwing van een hartstimulator (pacemaker).

4.8.9 Injecties

Het toedienen van injecties door een verpleegkundige op voorschrift van een specialist of een huisarts.

4.8.10 Hulpmiddelen

Hiervoor gelden de bepalingen van de hierop betrekking hebbende regeling zoals die door ZN is vastgesteld.

4.8.11 Tandheelkunde.

- Orthodontische behandeling uitgevoerd door een tandarts-specialist of tandarts.
- Een kaakchirurgische behandeling uitgevoerd door een tandarts-specialist. Parodontologische behandelingen en kosten van kaakimplantaten/transplantaten, alsmede alle kosten van behandelingen die kaakimplantaten/transplantaten betreffen, zijn echter van vergoeding uitgesloten.
- Kies- en tandextracties, apex-resecties en röntgenfoto's inzake tandheelkundige behandelingen, uitgevoerd door een tandarts-specialist of tandarts.
- Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen volgens de hierop betrekking hebbende en in het vergoedingenoverzicht vermelde regeling.
- Tot en met 31 december van het jaar, waarin een verzekerde de 21-jarige leeftijd bereikt, geldt voor deze verzekerde bovendien de NVS-Jeugdtaandregeling.

4.8.12 Manuele therapie.

Manuele geneeskunde door een in Nederland gevestigde arts, tandarts of therapeut aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde (NVAMG) of bij de Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie of bij de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT).

4.8.13 Acupunctuur.

Behandeling verricht door een acupuncturist die aangesloten is bij de Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV) of bij de Nederlandse Acupunctuur Vereniging voor Tandartsen (NAVt) of bij de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA).

4.9 Hulp door een audiologisch centrum.

Vergoeding als in het vergoedingenoverzicht vermeld.

4.10 Erfelijkheidsadvisering.

Vergoeding als in het vergoedingenoverzicht vermeld.

4.11 Chronisch intermitterende beademing.

Vergoeding als in het vergoedingenoverzicht vermeld.

4.12 Trombosedienst.

Vergoeding als in het vergoedingenoverzicht vermeld.

4.13 Farmaceutische hulp.

De kosten van farmaceutische hulp -overeenkomstig de Regeling Farmaceutische Hulp zoals die door ZN is vastgesteld -mits is afgeleverd op voorschrift van een arts, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige onder de verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheker, door een apotheek 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 Hulp maakt deel uit van deze polis en is op aanvraag verkrijgbaar.



VERZEKERINGEN

lid van de ERGO verzekeringsgroep

Rubriek C

4.14 Bevalling en kraamzorg

4.14.1 Bevalling in een ziekenhuis

Vergoeding van de verpleeg- en bijkomende kosten van moeder en kind tezamen in de verzekerde klasse.

Verlaat de moeder het ziekenhuis voordat een periode van 8 dagen (te rekenen vanaf de dag van de bevalling) is verstreken, dan wordt voor elke minder in rekening gebrachte dag een uitkering verleend van f 275,-.

4.14.2 Bevalling in polikliniek of kraaminrichting.

Bij bevalling in een kraaminrichting alsmede bij poliklinische bevalling wordt, behalve het honorarium voor verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg) - in rekening gebracht door specialist, huisarts of verloskundige - en de kosten van gebruik polikliniek, een uitkering verleend van f 1.925,-.

Is er voor kraamzorg in natura gekozen en doet zich in verband met de bevalling en binnen een periode van acht dagen na de bevalling alsnog een medische noodzakelijke verpleging voor, dan wordt voor elke opnamedag zes uur kraamzorg in mindering gebracht.

4.14.3 Bevalling thuis

Bij bevalling thuis wordt behalve het honorarium voor verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg) - in rekening gebracht door huisarts of verloskundige - een uitkering verleend van f 2.200,-.

4.14.4 Kraamzorg in natura

Indien de aanvraag hiervoor tenminste drie maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum in het bezit is van de verzekeraar, kan in plaats van de hierboven onder 2 of 3 genoemde uitkering ook vergoeding worden verleend:

- voor kraamzorg thuis door een door de verzekeraar aan te wijzen gediplomeerd kraamverzorgende;
- gedurende minimaal 4 uur per dag verspreid over maximaal 10 dagen;
- tot een maximum van 48 uur (in geval van een thuisbevalling 6 uur extra);
- bij kraamzorg in natura wordt een kraamtas verstrekt terwijl ingeval van thuisbevalling tevens een pieper in bruikleen wordt verstrekt;

Op de kraamzorg in natura wordt geen eigen risico ingehouden.

Rubriek D

4.15 Ziekenvervoer

4.15.1 Binnen Nederland

4.15.1.1 Medisch noodzakelijk ziekenvervoer bij opname in en ontslag uit een ziekenhuis.

4.15.1.2 Medisch noodzakelijk ziekenvervoer voor het ondergaan van één van de onder rubriek B genoemde behandelingen.

4.15.2 Buiten Nederland

4.15.2.1 Medisch noodzakelijk ziekenvervoer bij opname in en ontslag uit het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

4.15.2.2 Medisch noodzakelijk ziekenvervoer voor het ondergaan van een van de onder rubriek B genoemde behandelingen naar en van de dichtstbijzijnde plaats, waar adequate geneeskundige hulp kan worden verleend.

4.15.3

Voor ziekenvervoer geldt, dat uit een attest van de arts c.q. de specialist, die de behandeling uitvoerde of voorschreef, dient te blijken dat het vervoer medisch noodzakelijk en openbaar vervoer medisch niet verantwoord was.

Rubriek E

4.16 Behandeling door een huisarts.

Honorarium van de huisarts.

ARTIKEL 5

Buitenland

Zolang de verzekerde domicilie heeft in Nederland, is de verzekering ook van kracht gedurende een verblijf van maximaal zes maanden buiten Nederland.

Om voor vergoeding in aanmerking te komen zal door de behandelend arts een attest moeten worden afgegeven, waaruit blijkt dat de desbetreffende verpleging/behandeling spoedeisend en medisch noodzakelijk was.

In geval van verpleging in een ziekenhuis, aanvangende op een tijdstip gelegen binnen de hierboven genoemde termijn van maximaal zes maanden worden maximaal 365 verpleegdagen per ziektegeval vergoed, te rekenen van de dag af, waarop de desbetreffende verpleging een aanvang heeft genomen.

Indien echter het verblijf in het buitenland uitsluitend of mede ten doel heeft aldaar een behandeling te ondergaan, zijn de daaraan verbonden kosten niet verzekerd, tenzij vooraf aan de verzekeraar om toestemming tot de behandeling is ge-

vraagd en de verzekeraar deze toestemming heeft verleend, waarbij door de verzekeraar nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

De vergoeding geschiedt volgens de middenkoers van de dag waarop de nota is uitgeschreven.

ARTIKEL 6

Niet verzekerde kosten

Geen aanspraak op vergoeding bestaat:

6.1

voor kosten inzake de behandeling van ziekten, lichaamsgebreken en ongevalsgevolgen die reeds bestonden voor of bij het tot stand komen van de verzekeringsovereenkomst en waarvan de verzekeringnemer of de desbetreffende verzekerde op grond van klachten of verschijnselen kennis droeg, tenzij de verzekeringnemer de verzekeraar schriftelijk op de hoogte heeft gebracht en de verzekeraar bij de aanvaarding van de verzekeringsovereenkomst hiervoor geen bijzondere voorwaarden heeft bedongen.

Het voorgaande is onverminderd van toepassing bij uitbreiding van de risicodekking;

6.2

indien en voor zover door de verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, enigerlei subsidieregeling of een andere overeenkomst aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt;

6.3

voor door een verzekerde verschuldigde eigen bijdrage ingevolge een bevolkingsonderzoek krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, of enige andere sociale verzekeringswet;

6.4

voor kosten van behandeling die niet behoren tot:

- a. op het tijdstip van behandeling in Nederland algemeen erkende medisch-wetenschappelijke opvattingen en/of
- b. de normale praktijkuitoefening en/of
- c. het specialisme waarvoor de behandelend specialist is ingeschreven;

6.5

voor kosten van tandheelkundige behandeling, behoudens die genoemd in artikel 4, rubriek B, artikel 4.8.11;

6.6

voor kosten inzake keuringen, attesten en vaccinaties tenzij in de regeling Farmaceutische Hulp anders bepaald, sportmedische begeleiding, zwangerschaps-, kraamvrouwen- en bejaardengymnastiek, onderzoek en behandeling door een psycholoog, arbeids- en bezigheidstherapie, brilmonturen, diët- en voedingspreparaten anders dan conform de regeling Farmaceutische Hulp, niet nagekomen afspraken, administratietoelagen en boetes wegens te laat betalen van nota's;

6.7

voor de volgende onderdelen van farmaceutische hulp:

- homeopathische- en antroposofische geneesmiddelen;
- bepaalde zelfzorggeneesmiddelen, die zonder recept van de huisarts verkrijgbaar zijn;
- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland;
- ongeregistreerde farmaceutische producten, tenzij de verzekerde lijdt aan een in Nederland zelden voorkomende ziekte. Hiervoor is vooraf toestemming van de verzekeraar noodzakelijk en dient de Hoofdinspecteur toestemming voor invoer van dat farmaceutische produkt te hebben verleend voor het daarbij aangegeven doel;

6.8

voor kosten betreffende vorm- en/of aspectveranderende behandelingen 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;

6.9

voor kosten inzake preventieve hulp, anders dan genoemd in artikel 3;

6.10

voor kosten van fertiliteitsbevorderende behandelingen behoudens die genoemd in het vergoedingenoverzicht;

6.11

voor kosten van geneesmiddelen, die toegepast worden voor een indicatie, waarvoor deze niet geregistreerd zijn;

6.12

voor kosten, die het gevolg zijn of verband houden met kernreacties, onverschillig hoe ontstaan, tenzij de reactie verband houdt met de beroepsuitoefening van de verzekerde of de reactie is aangewend voor de medische behandeling van de verzekerde;

6.13

voor kosten van behandelingen van ziekten, lichaamsgebreken en ongevalsgevolgen, veroorzaakt door of ontstaan uit molest (zoals gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij). De vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te Den Haag is gedeponeerd.



V E R Z E K E R I N G E N

lid van de ERGO verzekeringsgroep

ARTIKEL 7

Melding ziekenhuisopname en indiening declaraties

7.1

Verzekeringnemer is verplicht een opname in een ziekenhuis aan verzekeraar te melden zodra de noodzaak tot opname is gebleken. Is in verband met het spoedeisende karakter van de opname melding vooraf niet mogelijk dan dient de melding uiterlijk 3 dagen na de datum waarop de opname plaatsvond te worden gedaan.

7.2

Onder een declaratie wordt verstaan een door verzekeraar verstrekt en door de verzekeringnemer volledig ingevuld en ondertekend declaratieformulier, vergezeld van de originele nota's waaronder tevens begrepen kwitanties, waarvoor uitkering wordt gevraagd.

7.3

Declaraties dienen door de verzekeringnemer bij de verzekeraar te worden ingediend. Per ingediende nota dienen op het declaratieformulier in elk geval door de verzekeringnemer de gevraagde gegevens te worden vermeld. Nota's behorende bij ingediende declaraties dienen zodanig gespecificeerd te zijn dat verzekeraar zonder navraag kan vaststellen tot welke vergoeding hij is gehouden. Nota's van apotheken en/of apothekhoudende artsen dienen te zijn ingevuld en gespecificeerd overeenkomstig de door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Pharmacie opgestelde richtlijnen.

Nota's inzake tandheelkundige hulp dienen vergezeld te zijn van het zogenaamde formulier "Tandartsspecificatie" volgens het model dat in overleg tussen de organisatie van tandartsen en die van verzekeraars is vastgesteld, of op andere wijze gelijkwaardig gespecificeerd te zijn.

Nota's inzake ziekenvervoer moeten gelijktijdig met de nota's inzake de desbetreffende opname of behandeling worden ingediend. Op de vervoersnota moet door de vervoerder het aantal berekende kilometers duidelijk worden vermeld.

7.4

Uiterlijk 12 maanden na afloop van een kalenderjaar of uiterlijk 12 maanden na beëindiging van de verzekering moeten alle declaraties over dat jaar, respectievelijk tot aan de einddatum van de verzekering, bij verzekeraar zijn ingediend. Indien tijdige indiening als hiervoor bedoeld niet mogelijk is, dient de verzekeringnemer verzekeraar binnen een maand na het verstrijken van de termijn schriftelijk te berichten.

7.5

Wanneer door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen verzekeraar in zijn belangen is geschaad behoeft hij niet tot uitkering over te gaan.

7.6

Indien blijkt dat onware of onvolledige inlichtingen zijn verstrekt vervalt het recht op vergoeding en kunnen terzake reeds gedane uitkeringen worden teruggevorderd.

7.7

Indien een verzekering niet op 1 januari van enig jaar aanvangt zal, indien en voorzover een verzekerd maximum of een eigen risico per verzekeringsjaar is overeengekomen, voor een deel van een verzekeringsjaar voor iedere volle maand 1/12 deel van het overeengekomen maximumbedrag of eigen risicobedrag gelden.

Bij beëindiging van de verzekering in de loop van een kalenderjaar blijft het overeengekomen maximum of eigen risicobedrag gelden.

ARTIKEL 8

Uitkeringen

8.1

De verzekeraar zal de uitkeringen terzake van vergoedingen, waarop krachtens deze polis recht bestaat, voldoen binnen 14 dagen nadat hij de verschuldigdheid daarvan heeft vastgesteld.

De uitbetaling zal geschieden aan de verzekeringnemer, of rechtstreeks aan de belanghebbende(n). Ook door betaling rechtstreeks aan de belanghebbende(n) is de verzekeraar rechtsgeldig gekweten. Aanspraken kunnen uitsluitend aan de voorwaarden van verzekering worden ontleend en niet aan de uitkering op zich.

Nota's op basis waarvan uitkering plaatsvindt worden eigendom van de verzekeraar.

8.2 Incasso eigen risico

In het geval door verzekeraar rechtstreeks aan hulpverlener of hulpverlenende instelling de volledige kosten zijn vergoed, terwijl op (dat onderdeel van) de risicodekking (nog) een eigen risico van toepassing is, dient door verzekeringnemer c.q. verzekerde dit eigen risicobedrag op eerste verzoek van verzekeraar aan hem te worden terugbetaald.

Bij niet voldoen aan deze verplichting geldt het bepaalde onder schorsing.

ARTIKEL 9

Controle

Verzekerden zijn verplicht aan verzekeraar en/of diens medisch respectievelijk tandheelkundig adviseur medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie. Bij niet nakoming van deze verplichting vervalt het recht op vergoeding.

ARTIKEL 10**Gezinsleden****10.1**

De verzekeringnemer is verplicht alle voor verzekering in aanmerking komende gezinsleden ter verzekering aan te bieden.

Onder gezinsleden wordt verstaan:

- de echtgeno(o)t(e) van de verzekeringnemer. Onder echtgeno(o)t(e) wordt tevens verstaan de niet gehuwde persoon van verschillend of gelijk geslacht, waarmee duurzaam een gezamenlijke huishouding wordt gevoerd, tenzij het een persoon betreft met wie bloedverwantschap in de eerste of tweede graad bestaat;
- de eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen, kinderen geboren uit het hierboven bedoelde samenlevingsverband of uit een vorig huwelijk van één der partners, alsmede kinderen waarover een der partners de voogdij uitoefent, één en ander voorzover deze kinderen ongehuwd en jonger dan 27 jaar zijn.

10.2

In het geval van huwelijk of een duurzame gezamenlijke huishouding van de verzekeringnemer zal, tenzij anders overeengekomen, de meeverzekering van de echtgeno(o)t(e) plaatsvinden op de datum van het huwelijk of op de datum van het aangaan van voornoemde gezamenlijke huishouding. Dit geldt ook voor de in artikel 10.1 genoemde kinderen die dienen te worden meeverzekerd.

10.3

In het geval van gezinsuitbreiding als gevolg van geboorte of wettelijke adoptie, zal de meeverzekering plaatsvinden op de datum van de gezinsuitbreiding.

10.4

In het geval van beëindiging van een verplichte verzekering, respectievelijk van militaire dienst, zal de meeverzekering van het desbetreffende gezinslid plaatsvinden op de dag, onmiddellijk volgend op de beëindiging van de verplichte verzekering of de militaire dienst.

10.5

De in de artikelen 10.2, 10.3 en 10.4 genoemde meeverzekeringen zullen geschieden ongeacht de gezondheidstoestand van het desbetreffende gezinslid en volgens het tarief geldende voor de verzekeringnemer, echter voor kinderen voor verpleging in de derde klasse.

10.6

Het in artikel 10.5 bepaalde is uitsluitend van toepassing indien de aanmelding tot meeverzekering door middel van het daartoe door de verzekeraar verstrekte formulier door de verzekeringnemer is gedaan binnen dertig dagen na de in dit artikel genoemde data.

10.7

In alle andere gevallen is de beslissing tot meeverzekering aan de verzekeraar voorbehouden.

ARTIKEL 11**Wijziging van gezinssamenstelling of van adres****11.1**

De verzekeringnemer is verplicht verzekeraar binnen 30 dagen schriftelijk in kennis te stellen van ieder wijziging in de gezinssamenstelling, zoals huwelijk, duurzaam gezamenlijke huishouding, geboorte, wettelijke adoptie, echtscheiding, beëindiging duurzaam gezamenlijke huishouding of overlijden, alsmede militaire dienst en verplichte verzekering (zie ook artikel 10 en artikel 14.5).

11.2

Dit geldt ook in geval van verhuizing binnen Nederland respectievelijk van vestiging buiten Nederland; dit laatste ook indien de desbetreffende wijziging slechts geldt voor één of meer der verzekerden (zie ook artikel 5, artikel 12.3.3 en artikelen 14.1 en 14.5).

11.3

Schriftelijke kennisgevingen aan verzekeringnemer, gericht aan zijn laatste bij verzekeraar bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

ARTIKEL 12**Aanvang, duur en einde****12.1 Aanvang**

De verzekeringsovereenkomst vangt aan op de in de polis genoemde ingangsdatum.

12.2 Duur

De verzekeringsovereenkomst is aangegaan voor de in de polis genoemde duur. Tenzij één der partijen de verzekeringsovereenkomst per schriftelijke mededeling, waarvan vaststaat dat deze de wederpartij heeft bereikt, uiterlijk drie maanden voor het verstrijken van deze duur aan de wederpartij opzegt, wordt de verzekeringsovereenkomst per de prolongatiedatum stilzwijgend verlengd voor dezelfde duur. Verzekeraar zal de verzekeringsovereenkomst echter niet beëindigen om redenen van schadeverloop.

12.3 Tussentijdse beëindiging

De verzekering van de desbetreffende verzekerde eindigt van rechtswege:

12.3.1 in geval van wijziging gezinsverband

12.3.1.1 op de dag, volgend op die, waarop een verzekerde geen gezinslid meer is (In geval van echtscheiding wordt een verzekerde geacht geen gezinslid meer te zijn vanaf de dag, volgend op die, waarop het vonnis van echtscheiding is ingeschreven in het daartoe bestemde register.);

12.3.1.2 op de dag, volgend op die van het overlijden van een verzekerde;

12.3.1.3 op de dag, waarop een verzekerde in militaire dienst treedt;

12.3.2

op de dag, waarop een verzekerd kind de 27-jarige leeftijd bereikt;



VERZEKERINGEN

lid van de ERGO verzekeringsgroep

12.3.3

in geval van vestiging in het buitenland: op de dag, volgend op die, waarop een verzekerde zich metterwoon buiten Nederland vestigt;

12.3.4

in geval van verplichte verzekering: hierop is van toepassing het bepaalde in artikel 13.

12.3.5

bij tussentijdse beëindiging van de verzekering op grond van het gestelde in artikel 12.3.1.1 en in artikel 12.3.2 van dit artikel komt de verzekerde, ongeacht gezondheidstoestand, in aanmerking voor een gelijkwaardige individuele verzekering volgens de daarvoor alsdan geldende voorwaarden en premie, mits de aanvraag daartoe uiterlijk op de dag van de beëindiging van de meeverzekering door de verzekeraar is ontvangen.

12.3.6

per de eerste van de maand waarin de verzekerde de 65-jarige leeftijd bereikt. Ongeacht zijn gezondheidstoestand is de betreffende verzekerde op dat tijdstip gerechtigd tot het sluiten van de Standaardpakketpolis op basis van de daarvoor alsdan geldende premie en voorwaarden, tenzij de verzekerde die de 65-jarige leeftijd heeft bereikt krachtens de Ziekenfondswet wordt verzekerd.

Aanspraken uit hoofde van de voorgaande verzekering op vergoeding van niet klinische hulp - met uitzondering van tandheelkundige hulp - die uitgaan boven de aanspraken uit hoofde van de standaardpakketpolis blijven als excedentdekking tegen de daarvoor verschuldigde premie van kracht. Voor verzekerden die voor een hogere dan de derde klasse verzekerd waren is handhaving van deze klassedekking voor ziekenhuisopname tegen de daarvoor alsdan geldende aanvullende premie mogelijk.

ARTIKEL 13

Verplichte verzekering

13.1

Indien verzekerde krachtens wettelijke bepalingen verplicht verzekerd wordt dient verzekeraar hiervan door middel van een inschrijvingsbewijs van een ziekenfonds in kennis te worden gesteld.

13.2

Voorzover de verzekering geldt voor derde klasse verpleging, niet-klinische specialistische behandeling en/of behandeling door de huisarts, eindigt zij voor de desbetreffende verzekerde(n) volledig met ingang van de datum waarop verzekeraar het inschrijvingsbewijs heeft ontvangen.

13.3

Voorzover de verzekering geldt voor verpleging in een hogere klasse blijft zij met ingang van die datum als aanvullende klasseverzekering van kracht voor de kosten van tijdens verpleging in de verzekerde klasse als aanvulling op de aanspraken krachtens de verplichte verzekering. Een en ander geldt ook in geval van verpleging wegens een medisch noodzakelijke bevalling.

Bij beëindiging van de verplichte verzekering zal indien de verzekering op dat tijdstip geldt als een aanvullende verzekering, de verzekerde, ongeacht gezondheidstoestand in aanmerking komen voor een aan de oorspronkelijke verzekering gelijkwaardige verzekering volgens de daarvoor alsdan geldende voorwaarden en premie en zulks vanaf de eerste dag waarop de verplichte verzekering niet meer van kracht is.

Het voorgaande geldt slechts indien binnen dertig dagen na beëindiging van de verplichte verzekering de verzekeraar hiervan schriftelijk in kennis is gesteld. In alle overige gevallen is de acceptatie aan de verzekeraar voorbehouden.

ARTIKEL 14

Premie

14.1

De premie wordt berekend en is verschuldigd overeenkomstig het tarief, dat geldt op het tijdstip van het vervallen van de premie. Vanaf de datum van verhuizing zal de premie verschuldigd zijn overeenkomstig het tarief, dat alsdan geldt in de nieuwe plaats van vestiging.

14.2 Heffingen/Wettelijke Bijdragen

Heffingen als bedoeld in artikel 15.4 komen ten laste van de verzekeringnemer. In de zin van verschuldigdheid worden deze heffingen geacht premie te zijn.

14.3 Poliskosten

Kosten in verband met het opmaken van een polis(blad) komen ten laste van de verzekeringnemer. In de zin van verschuldigdheid worden deze kosten geacht premie te zijn.

14.4 Premiebetaling

14.4.1

De verzekeringnemer is verplicht de premie op de premievervaldag te voldoen, waarbij ontvangst daarvan door de verzekeraar binnen dertig dagen na de premievervaldag wordt aangemerkt als voldoening op de premievervaldag.

14.4.2 Schorsing

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten - waarbij een gedeeltelijke betaling geldt als niet

betaling - kan de verzekeraar schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen onder mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn geen recht op vergoeding bestaat van de kosten van medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie, wettelijke bijdragen en kosten te voldoen.

Indien verzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle te maken gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten en de wettelijke rente voor rekening van verzekeringnemer. De dekking wordt weer van kracht op de dag volgend op die waarop het verschuldigde bedrag inclusief de kosten van inning door de verzekeraar is ontvangen. Voor de kosten van behandeling waartoe de noodzaak of de verwachting om die te maken zich heeft geopenbaard in de tijd dat de dekking was opgeschort is geen vergoeding verschuldigd.

14.4.3

Bij schorsing van de verplichtingen overeenkomstig het bepaalde in artikel 14.4.2 heeft de verzekeraar het recht om de verzekering tussentijds met inachtneming van een termijn van 1 maand te beëindigen.

14.5 Premierestitutie

Behalve bij beëindiging van de verzekering overeenkomstig het bepaalde in artikel 15.3, zal uitsluitend restitutie van over de niet verstreken periode betaalde premie plaatsvinden bij gehele of gedeeltelijke tussentijdse beëindiging van de verzekering in de gevallen als genoemd in artikel 12.3.

Indien de kennisgeving, zoals vermeld in artikel 11 door of namens de verzekeringnemer niet binnen dertig dagen na de in artikel 12.3.1 en artikel 12.3.3 genoemde data door verzekeraar is ontvangen, wordt op de premierestitutie 25% administratiekosten in mindering gebracht.

ARTIKEL 15

Wijziging van premie en/of voorwaarden

15.1

De verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van de verzekering en de premies per een door haar vast te stellen datum en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen.

15.2

De verzekeraar doet van een dergelijke wijziging schriftelijke mededeling aan de verzekeringnemer.

15.3

De verzekeringnemer die met een dergelijke wijziging niet akkoord gaat, kan de verzekeringsovereenkomst per de datum van de wijziging beëindigen, mits de schriftelijke opzegging binnen 30 dagen na deze datum door de verzekeraar is ontvangen. De over de niet verstreken periode betaalde premie wordt teruggegeven. Heeft de verzekeraar binnen de hierboven genoemde termijn een verzoek tot beëindiging van de verzekering niet ontvangen, dan wordt de verzekeringnemer geacht met de wijziging in te stemmen en wordt de verzekeringsovereenkomst -aldus gewijzigd- voortgezet.

15.4

Het in artikel 15.3 genoemde recht van opzegging is niet van toepassing in geval van een wijziging of heffing, die berust op een wettelijke maatregel of een voor ziektekostenverzekeraars geldend voorschrift en evenmin in geval de verzekeraar uitsluitend tot verruiming of verbetering van de voorwaarden en/of verlaging van de premie overgaat.

ARTIKEL 16

Verhaalsrecht

Indien een derde voor krachtens deze verzekeringsovereenkomst uitgekeerde of nog uit te keren vergoedingen aansprakelijk kan worden gesteld is de verzekeringnemer en/of de verzekerde verplicht verzekeraar hiervan onmiddellijk in kennis te stellen, alsmede voor zoveel nodig medewerking te verlenen aan het uitoefenen van het verhaalsrecht door verzekeraar en zich te onthouden van alles wat hiermee in strijd is. Wanneer door het niet nakomen van de bovengenoemde verplichtingen verzekeraar in zijn belangen is geschaad, vervalt het recht op vergoeding.

ARTIKEL 17

Samenloop met andere verzekeringen

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 of andere voorziening, is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal alleen de schade voor uitkering in aanmerking komen welke het bedrag te boven gaat waarop verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken.

ARTIKEL 18

Persoonsregistratie

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de verzekeraar gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacyreglement van toepassing.

Aanmelding van deze registratie bij de Registratiekamer is gedaan op 1 juli 1990. Een afschrift van het formulier van aanmelding van deze registratie bij de Registratiekamer ligt voor een ieder ten kantore van verzekeraar ter inzage.

ARTIKEL 19

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

In de AWBZ-overeenkomst staat onder andere vermeld welke vormen van zorg in de AWBZ zijn opgenomen en hoe men, indien men krachtens de AWBZ is verzekerd, dient te handelen indien men van deze zorg gebruik wenst te maken. De AWBZ-overeenkomst ligt ten kantore van verzekeraar ter inzage. Op verzoek wordt een exemplaar toegezonden.



V E R Z E K E R I N G E N

lid van de ERGO verzekeringsgroep

ARTIKEL 20

Toepasselijk recht en geschillenregeling

20.1

Op de verzekeringsovereenkomst en eventuele bijlage(n) is Nederlands recht van toepassing. Alle geschillen die uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeien zullen worden beslist door de bevoegde rechter.

20.2

Bij geschillen voortvloeiende uit de totstandkoming of de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst kan de verzekeringnemer zich ook wenden tot de Raad van Toezicht op het Schadeverzekeringsbedrijf (Postbus 93560, 2509 AN Den Haag), dan wel de Ombudsman Zorgverzekeringen (op hetzelfde adres).

20.3

Klachten, voortvloeiend uit de uitvoering van de verzekering op grond van de AWBZ kunnen, nadat zij ter kennis zijn gebracht van verzekeraar en deze in de gelegenheid is gesteld daarop te reageren, worden voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen.

Klachten die betrekking hebben op beschikkingen betreffende een aanspraak op een verstrekking of een daarmee overeenkomende uitkering dienen op grond van de Algemene wet bestuursrecht binnen 6 weken na de dag van verzending van de beschikking schriftelijk bij verzekeraar te zijn ingediend.