



zorgverzekeringen

Polisvoorwaarden Particulier

Inhoudsopgave	pagina		pagina
1. Begripsomschrijvingen	4	2.52 Sportmedisch advies	22
2. Vergoedingen	9	2.53 Dieetadvisering	22
2.1 Algemeen	9		
Omschrijving van de dekking		2.54 Organisatie van hulpverlening in het buitenland	23
2.2 Opname en medisch specialistische zorg in een ziekenhuis	10	2.55 Zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland	23
2.3 Ziekenhuisverpleging in de hogere klassen	11	2.56 Reiskosten gezonde moeder	24
2.4 Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC)	11	2.57 Ergotherapie	24
2.5 Orgaantransplantatie	11	2.58 Kuurreis	24
2.6 Nierdialyse	11	2.59 Verhaalsbijstand	24
2.7 Leukemie bij kinderen	11	2.60 Ongevallenuitkering	24
2.8 Chronisch intermitterende beademing	12	2.61 Bijzondere voedingsmiddelen	25
2.9 Trombosedienst	12	2.62 Gezins hulp	25
2.10 Medisch specialistische zorg niet in een ziekenhuis	12	2.63 Eigen bijdrage AWBZ	25
2.11 Revalidatie	12	2.64 Privé-kliniek	
2.12 Geneesmiddelen	12	3. Grondslag van de verzekering	25
2.13 Vergoeding van eigen bijdrage GVS bij medicijnen	13	3.1 Grondslag van uw verzekering	25
2.14 Alternatieve geneesmiddelen	13	3.2 Nietigverklaring	25
2.15 Alternatieve behandelingen	13	3.3 Geldigheid van de Polisvoorwaarden	25
2.16 Hulpmiddelen	14	3.4 Selectie TandTop	25
2.17 Aanvulling hulpmiddelen	14	3.5 Adres	25
2.18 Gezichtshulpmiddelen	15	3.6 Privacy	25
2.19 Audiologisch centrum	15	4. Gezinsleden	26
2.20 Erfelijkheidsonderzoek	15	4.1 Alle gezinsleden aanmelden voor de verzekering	26
2.21 Fysiotherapie en oefentherapie	15	4.2 Aantal premiebetalende kinderen	26
2.22 Logopedie	16	5. Aanvang, duur en einde van de verzekering	26
2.23 Manuele lymfdrainage	16	5.1 Aanvang en duur van de verzekering	26
2.24 Stottertherapie	16	5.2 Einde of wijziging van uw particuliere (aanvullende) verzekering	26
2.25 Psychologische zorg	16	5.3 Einde of wijziging van uw collectieve (aanvullende) verzekering	28
2.26 Acné-behandeling	16	6. Premie	28
2.27 Camouflagelessen en -middelen	16	6.1 Kosten	28
2.28 Elektrische epilatie	16	6.2 Betaling	28
2.29 Psoriasisdagbehandeling	17	6.3 Betalingsachterstand	29
2.30 Podotherapie	17	6.4 Beëindiging van uw verzekering	29
2.31 Overgangsconsulten	17	6.5 Aansprakelijkheid bij een collectieve verzekering	29
2.32 Ziekenvervoer	17	7. Eigen risico	29
2.33 Orthodontie	17	7.1 De hoogte van het eigen risico	30
2.34 Tandheelkundige hulp algemeen	18	7.2 Afbouwen van het eigen risico	30
2.35 Tandheelkundige hulp voor kinderen	18	7.3 Eigen risico bij een ziekenhuisopname	30
2.36 Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen	18	7.4 Eigen risico bij einde verzekering	30
2.37 Tandheelkundige implantaten	19	8. Uitsluitingen	31
2.38 Tandheelkundige kosten na een ongeval	19	8.1 Kosten door bestaande ziekte bij aanvraag verzekering	31
2.39 Gebitsprotheses	19	8.2 Kosten die onder een andere verzekering vallen	31
2.40 Verloskundige hulp, kraamzorg en kraamzorguitkering	19	8.3 Kosten van bepaalde behandelingen	31
2.41 Niet van toepassing		8.4 Kosten door eigen bijdrage	31
2.42 Kraampakket en buzzerservice	20	8.5 Kosten door omwisselen muntsoort	31
2.43 Thuiszorg, verpleegkundige zorg of gezinszorg	20	8.6 Kosten door geweld of schuld	31
2.44 Huisarts	21	8.7 Kosten door atoomkernreacties	31
2.45 Vruchtbaarheidbevorderende behandelingen, sterilisatie, refertilisatie en abortus	21	8.8 Samenloop	31
2.46 Second opinion	21		
2.47 Preventie	21		
2.48 Bezoekkosten	21		
2.49 Herstellingsoord	22		
2.50 Therapeutisch kamp	22		
2.51 Cursussen, lidmaatschap patiëntenvereniging en fitness	22		

pagina

9.	Beschikbare gegevens en registratie	32
9.1	<i>Juiste gegevens: wijzigingen tijdig doorgeven</i>	32
9.2	<i>Toestemming</i>	32
9.3	<i>U geeft inlichtingen aan ons</i>	32
10.	Verandering van de voorwaarden	32
10.1	<i>Ons recht op verandering</i>	32
10.2	<i>Uw recht de verzekering op te zeggen of te wijzigen</i>	32
10.3	<i>Geen recht de verzekering op te zeggen of te wijzigen bij een verandering</i>	32
11.	Wat kunt u ondernemen bij klachten en geschillen?	33
11.1	<i>U heeft klachten over de uitvoering van uw verzekering</i>	33
11.2	<i>U heeft algemene klachten</i>	33
12.	Tot slot	33

Deel I Inleiding

Voor u liggen de Polisvoorwaarden van de verzekering(en) die u bij ons heeft afgesloten. Deze voorwaarden bestaan uit twee delen:

- de Polisvoorwaarden (Deel 1) waarin de regels van de verzekering(en) beschreven staan zoals onder welke voorwaarden u aanspraak op de vergoedingen kunt maken.
- het Vergoedingenoverzicht (Deel 2) waarop per verzekering beknopt staat aangegeven op welke vergoedingen u recht heeft;

I. Begripsomschrijvingen

Aanvullende verzekering

Een verzekering die u alleen kunt afsluiten in combinatie met:

- een hoofdverzekering;
- wettelijke verzekering bij OZ.

Adviserend Geneeskundige

De arts die de maatschappij in medische aangelegenheden adviseert.

Anti-decubitusmateriaal

Hulpmiddelen en materialen ter voorkoming van doorliggen en weefselsterfte bij langdurig verblijf in bed.

Ambulance

Een motorvoertuig dat ingericht en bestemd is voor het vervoer van zieken en ongevalsloffers.

Apotheek

Instelling die geneesmiddelen aflevert. Degene die de instelling beheert (de apotheker) moet geregistreerd staan zoals bepaald wordt in artikel 3 van de Wet BIG. De apotheek moet in Nederland zijn gevestigd.

Arts

Degene die als arts geregistreerd staat zoals bepaald wordt in artikel 3 van de Wet BIG. De arts moet in Nederland praktijk houden.

Audiologische hulp

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen hoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale hulp bij problemen met de gestoorde gehoorfunctie als dit noodzakelijk is.

AWBZ

Algemene wet bijzondere ziektekosten.

Toelichting:

Het doel van de AWBZ is de Nederlandse bevolking te verzekeren tegen het risico van bijzondere ziektekosten. Het gaat daarbij met name om erg dure zorg, zoals bijvoorbeeld thuiszorg, psychiatrie, opname in een verpleeghuis of zorg in een instelling voor gehandicapten.

Behandeling

Als wij in deze voorwaarden spreken over een behandeling, bedoelen wij:

- een geneeskundige behandeling of;
- een consult of visite of;
- een geneeskundige ingreep of;
- een levering van een hulpmiddel of;
- een opname of;
- een geneeskundige verrichting of;

g. medisch specialistische zorg.

Bevalling

Het einde van de zwangerschap na de achttiende week.

Toelichting:

Wordt uw zwangerschap vòòr de achttiende week beëindigd, dan kan er bijvoorbeeld sprake zijn van een miskraam. In dat geval heeft u geen recht op kraamzorg of een kraamzorguitkering.

BIG

Zie Wet BIG.

Buitenland

Elk ander land dan Nederland.

Als u niet in Nederland woont en u heeft juist om die reden bij ons een (andere) verzekering gesloten, dan verstaan wij onder "buitenland" elk ander land dan uw woonland.

Bijkomende kosten

Kosten die een instelling naast de geldende verpleegtarieven mag rekenen. Dit wordt geregeld in de Wet tarieven gezondheidszorg.

Toelichting:

Met "bijkomende kosten" worden bijvoorbeeld bedoeld de kosten voor het gebruik van de operatiekamer; het verband en de geneesmiddelen in een ziekenhuis.

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

Een instelling die zich in Nederland gevestigd heeft en van de overheid een vergunning heeft gekregen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Chronische aandoening

Een blijvende aandoening. De aandoening kan zich permanent, periodiek, maar ook incidenteel openbaren.

Collectieve overeenkomst

De overeenkomst die wij hebben gesloten met het bedrijf of de instelling waar u werkt, met het doel u en uw collega's de mogelijkheid te bieden om als verzekerde aan te sluiten bij deze collectieve overeenkomst.

Collectieve verzekering

De verzekering die uw werkgever bij ons heeft afgesloten.

Cursus

Een theoretisch leerproces in een bepaalde vastgestelde vorm en binnen een bepaalde tijd. In de cursus krijgt een verzekerde door middel van persoonlijk contact informatie aangereikt. Doel van die informatie is dat zijn kennis om zijn gezondheid in stand te houden of te verbeteren wordt vergroot.

CVZ

Het College voor zorgverzekeringen.

Dagverpleging

Verpleging in een ziekenhuis die korter dan 24 uur duurt. De verpleging houdt verband met een onderzoek of behandeling op diezelfde dag door een specialist.

De Amersfoortse

N.V. Amersfoortse Algemene Verzekering Maatschappij te Amersfoort. Bij deze verzekeraar is de ongevallenuitkering verzekerd.

Diëtist

Degene die als diëtist erkend is volgens de voorwaarden van de Wet BIG en die lid is van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten en/of de Diëtisten Coöperatie Nederland u.a. (D.C.N.).

Eerstelijns psycholoog

Degene die:

- als gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog) geregistreerd is volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG, en;
- als eerstelijns psycholoog in Nederland werkzaam is, en;
- als eerstelijns psycholoog is opgenomen in het ledenregister van eerstelijns psychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (N.I.P).

Eigen bijdrage

Het deel van bepaalde ziektekosten dat u zelf moet betalen omdat wij die kosten niet geheel vergoeden. Een eigen bijdrage is iets anders dan een eigen risico.

Eigen risico

Een eigen risico geldt voor alle kosten die onder de dekking van de hoofdz verzekering vallen. Het is het jaarlijks vastgestelde bedrag dat alle verzekerden die op de polis staan eerst zelf samen voor hun ziektekosten moeten betalen. Pas als dit bedrag is uitgegeven, krijgt u de overige kosten die dat jaar onder de dekking van uw hoofdz verzekering vallen door ons betaald.

Ergotherapeut

Degene die als ergotherapeut erkend is volgens de voorwaarden van de Wet BIG en die voldoet aan de eisen die staan in het Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”. De ergotherapeut moet in Nederland gevestigd zijn.

Europa

Albanië, Algerije, Andorra, Armenië, Azerbeidzjan, de Azoren, België, Bosnië-Herzegovina, Bulgarije, de Canarische Eilanden, Cyprus, Denemarken, Duitsland, Egypte, Estland, Faroër Eilanden, Finland, Frankrijk, Georgië, Gibraltar, Griekenland, Groot-Brittannië, Hongarije, Ierland, Israël, Italië, Joegoslavië, Kroatië, Letland, Libanon, Libië, Liechtenstein, Litouwen, Luxemburg, Macedonië, Madeira, Malta, Marokko, Moldavië, Monaco, Nederland, Noorwegen, Oekraïne, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, de Russische Federatie (tot de Oeral), San Marino, Slovenië, Slowakije, Spanje, Syrië, Tsjechië, Tunesië, Turkije, Vaticaanstad, Wit-Rusland, IJsland, Zweden en Zwitserland.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut of heilgymnast - masseur die als fysiotherapeut geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG en in Nederland gevestigd is.

Fysiotherapie of oefentherapie Cesar of Mensendieck

Een behandeling door een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck.

Geneesmiddelen

De bij ministeriële regeling aangewezen:

- geregistreerde en niet-geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd;
- bloedproducten, zoals bedoeld in de Wet inzake bloedtransfusie;
- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten;
- verbandmiddelen als sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige behandeling met deze middelen nodig is.

Gezin

- gehuwden;
- personen die ongehuwd duurzaam samenwonen op grond van een notariële samenlevingsovereenkomst;
- personen die kunnen aantonen dat ze ten minste zes maanden ongehuwd samenwonen waarbij zij een gemeenschappelijke huishouding voeren;
- ongehuwde eigen, stief-, pleeg-, adoptie en studerende kinderen tot 18 jaar;
- ongehuwde eigen, stief-, pleeg-, adoptie en studerende kinderen van 18 jaar tot 27 jaar als u voor deze kinderen recht heeft op:
 - kinderbijslag of;
 - een studiebeurs uit hoofde van de Wet op de Studiefinanciering, of;
 - lastenaftrek wegens voorziening in levensonderhoud volgens de Uitvoeringsregeling Inkomstenbelasting.
- een alleenstaande met één of meerdere kinderen zoals die hierboven zijn beschreven.

Deze personen vormen een gezin als zij op hetzelfde adres wonen en een gemeenschappelijke huishouding voeren.

Herstellingsoord

- een instelling die in Nederland is gevestigd en:
 - niet uit een wettelijke verzekering of uit de AWBZ wordt vergoed, gefinancierd of gesubsidieerd;
 - lid is van de Nederlandse Vereniging van Herstelingsoordorganisaties.

En verder:

- herstellingsoordvereniging Dennenheuvel met Herstelhotel ‘Overbosch’ te Hilversum;
- herstellingsoordvereniging Willen is Kunnen (WIK) met Herstelhotel ‘De Kim’ in Noordwijk aan Zee;
- Daidalos Herstel- en Burn-Out Centrum te Driebergen.

Hoofdz verzekering

De particuliere verzekering die u af kunt sluiten zonder dat dit in combinatie met een andere (aanvullende) verzekering hoeft te gebeuren.

Toelichting:

Heeft u een verzekering: Lijfpolis Functioneel, Lijfpolis Overstap, Lijfpolis Compleet, (Studenten)Standaardpakketpolis of Collectieve Overstapverzekering, dan is dat een hoofdz verzekering. Uit de naam blijkt niet dat die verzekering een aanvullende verzekering is. Heet de verzekering -Pakket zoals bijvoorbeeld in: “BasisPakket”, “RoyaalPakket” dan is dat de aanvullende verzekering. Deze kan op haar beurt weer worden uitgebreid met extra dekkingen zoals “TandPlus”, “TandTop” of “Module Extra”.

Huidtherapeut

Degene die als huidtherapeut geregistreerd staat bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten en in Nederland praktijk houdt.

Huisarts

Degene die volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG als huisarts geregistreerd staat en in Nederland de algemene praktijk houdt.

Hulpmiddelen

De bij ministeriële Regeling vastgestelde lijst hulpmiddelen en het daarbij door ons vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

Indicatie

Aanwijzing welke behandeling moet worden toegepast ingeval van een bepaalde ziekte, aandoening of gebrek.

Jaar

Als wij het in het geval van een machtiging hebben over een jaar, bedoelen wij daarmee 12 maanden.

Kaakchirurg

Een tandarts die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Kaakchirurgische behandeling

Behandeling of onderzoek volgens medische en tandheelkundige normen, algemeen aanvaard en behorende tot het specialisme waarvoor de kaakchirurg is ingeschreven.

Kalenderjaar

Dit is het jaar dat loopt van 1 januari tot en met 31 december.

Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die is ingeschreven in het register van bevoegde kinderfysiotherapeuten van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Kinder- en Jeugdgezondheidszorg. De fysiotherapeut is in Nederland gevestigd.

Klinisch psycholoog

Degene die:

- als gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog) geregistreerd is volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG, en;
- als klinisch psycholoog in Nederland werkzaam is, en;
- als klinisch psycholoog is opgenomen in het ledenregister van klinisch psychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (N.I.P.).

Kraamcentrum/kraaminrichting

Een instelling die door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten en door ons erkend is als kraamcentrum of kraaminrichting.

Kraamzorg

De zorg van moeder, kind en huishouding door de kraamhulp bij de verzekerde thuis. De kraamhulp is verbonden aan een kraamcentrum of kraaminrichting.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek dat verricht wordt door een laboratorium in het kader van een eventuele medische behandeling van een verzekerde. Het laboratorium moet door de bevoegde overheidsinstantie als laboratorium toegelaten en in Nederland gevestigd zijn.

Logopedische behandeling

Spraaklessen door een logopedist ter correctie van spraak- of stemgebreken.

Logopedist

Een spraak- en stemkundige die als logopedist geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie. De logopedist is in het bezit van een diploma dat verstrekt is door de Stichting Logopedische Opleidingen of van een daaraan gelijkgesteld of gelijk te stellen diploma.

Maand

Kalendermaand; de periode die overeenkomt met één van de maanden van het jaar.

Manueel therapeut

Een fysiotherapeut zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. De fysiotherapeut heeft zich gepresenteerd als manueel therapeut en staat geregistreerd in het register van de Nederlandse Vereniging van Manuele Therapie (N.V.T.M.).

De fysiotherapeut is in Nederland gevestigd.

Medische noodzaak

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende medisch-wetenschappelijke overwegingen.

Mondhygiënist

Degene die als mondhygiënist geregistreerd staat volgens de voorwaarden van de Wet BIG en in Nederland gevestigd is.

Oefentherapeut Cesar of oefentherapeut**Mensendieck**

Degene die als oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie en in Nederland gevestigd is.

Oefentherapie Cesar of Mensendieck of fysiotherapie

Een behandeling door een oefentherapeut Cesar of Mensendieck of fysiotherapeut.

Ongeval

Onder ongeval wordt verstaan een plotselinge uitwendige onvrijwillige geweldsinwerking op het lichaam van de verzekerde. Onder ongeval wordt bovendien verstaan:

- bevriezing, zonnesteek, blikseminslag en andere elektrische ontladingen;
- verdrinking, verstikking (niet ten gevolge van een ziekte) en verbranding, behalve door natuurlijke of kunstmatige bestraling;
- acute vergiftiging en ook de schadelijke gevolgen van het ongewild binnenkrijgen van vreemde voorwerpen, infectieziekten en allergieën of bloedvergiftiging in aansluiting op verwonding ten gevolge van een ongeval;
- besmetting tengevolge van een onvrijwillige val in water of enige andere stof;
- uitputting, verhogering en verdorping ten gevolge van schipbreuk, watersnood, noodlanding, instorting, insneeuwing of invriezing e.d.;
- verstuiking, ontwrichting en verrekking van spieren, banden en/of pezen door plotselinge kennelijk overmatige krachtsinspanning.

Toelichting:

Onder een ongeval wordt in ieder geval niet verstaan: ingewandsbreuk, lendespit (lumbago) en hernia. Geestelijke stoornissen c.q. geestelijke reacties op een ongeval zonder geneeskundig vast te stellen hersenletsel vallen eveneens buiten het begrip ongeval.

Opname

(Aanvang van) een verblijf langer dan 24 uur in een erkende instelling of door OZ gecontracteerd Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC) indien en zolang er:

- een medische noodzaak bestaat voor verpleging, onderzoek en behandeling die alleen in een ziekenhuis of ZBC kunnen worden geboden en;
- onafgebroken medisch specialistische zorg door een specialist of kaakchirurg medisch noodzakelijk is.

Orthodontist

Een tandarts, die staat ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

OZ

OZ zorgverzekeringen N.V., voor verzekerden met een particuliere verzekering;

OZ ziekenfonds

Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ zorgverzekeringen U.A.

Patiëntenvereniging

Een vereniging die opkomt voor de belangen van patiënten en consumenten in de gezondheidszorg aangesloten bij de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF)

Podotherapeut

Degene die lid is van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (N.Vv.P) en die in Nederland een praktijk houdt.

Prothese

Hulpmiddel, dat dient ter vervanging van een lichaamsdeel.

Psychotherapeut

Degene die als psychotherapeut is geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG. De psychotherapeut werkt zelfstandig (vrijgevestigd) en is lid van de Nederlandse Vereniging van Psychotherapeuten.

Publiekrechtelijke regeling

De regeling die deelnemers en hun gezinsleden voorziet in een tegemoetkoming in hun ziektekosten. Deze regeling wordt uitgevoerd door het Instituut Zorgverzekering Ambtenaren Nederland (I.Z.A. Nederland), de Interprovinciale Ziektekosten Regeling (I.Z.R.) of de Dienst Geneeskundige Verzorging Politie (D.G.V.P)

Repatriëring

Ziekenvervoer van een verzekerde van:

- zijn tijdelijke verblijfplaats of de plaats van ongeval, plotselinge ziekte of behandeling in het buitenland naar:
- de plaats van behandeling of verpleging in Nederland of zijn wettelijke adres of woonadres.

Revalidatie

De gecombineerde zorg die bestaat uit onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team van deskundigen onder leiding van een specialist. Revalidatie is in het betreffende geval de meest effectieve zorg om een handicap als gevolg van stoornissen en beperkingen aan armen en/of benen te voorkomen, verminderen of overwinnen. En revalidatie is – gegeven de beperkingen – redelijkerwijs de beste methode om zelfstandigheid te bereiken of te behouden.

R.I.A.G.G.

Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg zoals bedoeld wordt in de AWBZ.

Schoonheidsspecialist

Degene die in Nederland het STIVAS-diploma heeft behaald van een basisopleiding en van een vervolopleiding. De vervolopleiding moet een specialisatie betreffen in behandelingen waarvan de kosten bij ons zijn verzekerd. De schoonheidsspecialist houdt in Nederland praktijk.

Toelichting:

Een schoonheidsspecialiste kan dus alleen maar de kosten van een acné-behandeling declareren, als zij - naast haar basisopleiding - ook een diploma voor die specialisatie heeft behaald. Een diploma voor bijvoorbeeld elektrische epilatie is niet voldoende om bij OZ een acné-behandeling te kunnen declareren.

Schriftelijk

Per brief, antwoordkaart, faxbericht of e-mailbericht.

SOS International

B.V. Nederlandse Hulpverleningsdienst S.O.S. International te Amsterdam. Deze organisatie organiseert medische en

aanverwante hulp bij ziekte of een ongeval gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland.

Specialist of medisch specialist

De arts die geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG en als medisch specialist in Nederland praktijk houdt.

Specialistische zorg of medisch specialistische zorg

Zorg, behandeling of onderzoek dat in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is en hoort tot het specialisme waarvoor de medisch specialist is ingeschreven.

Spoedeisend

Medisch niet verantwoord om het verlenen van hulp uit te stellen.

Sportarts

De arts die:

- geregistreerd is in het register van sociaal-geneeskundigen op grond van de Wet BIG in het daartoe aangewezen register. De arts is opgeleid in de sociale geneeskunde en als zodanig geregistreerd en is gevestigd in Nederland.
- als sportarts werkt in een Sportmedisch Adviescentrum, dat is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Adviescentra (SMA).

Stichting Klachteninstituut Verzekeringen

Het instituut dat onder andere de klachten van verzekerden behandelt over de ziekenfondsverzekering, de AWBZ en de particuliere verzekering.

Tandarts

Degene die geregistreerd is volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG en in Nederland praktijk houdt.

Tandheelkundige noodzaak

De noodzaak van behandeling volgens algemeen erkende tandheelkundig - wetenschappelijke overwegingen.

Tandprotheticus

Degene die is opgeleid volgens de voorwaarden van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus en die in Nederland gevestigd is.

Thuiszorg

Verpleging of verpleging in combinatie met verzorging voor één of meer dagdelen bij u thuis. Deze verpleging of verzorging dient ter bekorting of vervanging van een opname, specialistische behandeling of verblijf in het ziekenhuis.

Tijdelijk verblijf in het buitenland

Uw aanwezigheid in het buitenland zonder dat u daar woont.

UPT-tariefcode

De code Uniforme Particuliere Tarieven. Deze code wordt landelijk gebruikt om tandheelkundige verrichtingen te kunnen benoemen.

Verloskundige

Degene die als verloskundige staat geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG en in Nederland praktijk houdt.

Verpleegkundige

Degene die als verpleegkundige staat geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG en in Nederland praktijk houdt.

Verwijzing

Een verwijzing is een schriftelijke verklaring van een (huis)arts waaruit duidelijk kan worden opgemaakt dat de arts een medische indicatie aanwezig acht voor de aangevraagde/gedeclareerde hulpverlening.

Verzekerde(n)

Degene(n) die zo op de polis vermeld staat of staan. In de verzekeringsvoorwaarden wordt de verzekerde aangesproken met “u” en “uw”.

Verzekering

Een overeenkomst van verzekering met als onderwerp:

- a. een hoofdverzekering;
- b. een aanvullende verzekering;
- c. een combinatie van een hoofdverzekering met één of meer aanvullende verzekering(en);
- d. een combinatie van aanvullende verzekeringen.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekering heeft afgesloten. De polis is op naam van de verzekeringnemer gesteld. In de verzekeringsvoorwaarden worden zowel de verzekerde als de verzekeringnemer aangesproken met “u” en “uw”. Wanneer we alleen de verzekeringnemer en niet de verzekerde bedoelen, is deze aangeduid met “u (verzekeringnemer)”.

Verzekeringsvoorwaarden

De Polisvoorwaarden en het Vergoedingenoverzicht die betrekking hebben op de verzekering(en) die u heeft afgesloten.

Voorschrift/recept

Een voorschrift/recept is een schriftelijke verklaring van een (huis)arts waaruit duidelijk kan worden opgemaakt dat de (huis)arts een (medische) indicatie aanwezig acht voor de aangevraagd /gedeclareerde medicatie.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Toelichting:

De Wet BIG regelt aan welke eisen verschillende groepen van zorgverleners moeten voldoen om hun beroep te mogen uitoefenen.

Wettelijke verzekering

Verzekering die in de Ziekenfondswet geregeld is.

Toelichting:

In deze wet is geregeld wie in het ziekenfonds verzekerd zijn en wat de dekking is van het ziekenfondspakket.

Wonen

De situatie dat u het middelpunt van uw sociale activiteiten op één bepaalde plaats of in één bepaald land heeft. Verblijft u daar zonder onderbreking langer dan 365 dagen, dan wordt u geacht daar te wonen.

Toelichting:

Als u ergens woont, verstaan wij daaronder dat u daar een huis heeft, daar werkt, uw eventuele kinderen daar naar school toe gaan en u daar bijvoorbeeld lid bent van maatschappelijke of sportverenigingen. Om vast te stellen waar u woont, kijken wij dus naar uw feitelijke omstandigheden.

Woonland

Het land waar u woont, behalve Nederland.

Toelichting:

Wij praten over “woonland” als u in een ander land woont of bijvoorbeeld voor werk bent gedetacheerd.

WTZ

Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998.

Toelichting:

De WTZ regelt de inhoud en premie van de Standaardpakketpolis en de gevallen waarin men zich voor die polis in kan laten schrijven.

Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC)

Een organisatorisch verband dat geen deel uitmaakt van en/of niet fungeert ten behoeve van een ziekenhuis. Het Zelfstandig Behandel Centrum verleent medisch specialistische zorg en heeft daarvoor een vergunning van de bevoegde overheidsinstantie ontvangen. Wij verstaan onder Zelfstandig Behandel Centrum niet een eenmanspraktijk of zogenaamde buitenpraktijk van een specialist.

Ziekenfonds

Een ziekenfonds zoals bedoeld in de Ziekenfondswet.

Ziekenfondsverzekering

Zie ‘Wettelijke verzekering’.

Ziekenhuis

Een instelling voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken. Het ziekenhuis is door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten en in Nederland gevestigd.

Ziekenvervoer

- a. ziekenvervoer in Nederland of – als u in het buitenland woont – in uw woonland:
 - het vervoer van een verzekerde per ambulance, taxi, huurauto, helikopter of eigen auto tussen:
 1. de plaats van het wettelijke woonadres of de plaats van ongeval of plotselinge ziekte en;
 2. de dichtstbijzijnde plaats van behandeling en verpleging,
 als en voor zover openbaar vervoer volgens algemeen erkende medisch-wetenschappelijke overwegingen niet mogelijk is.
- b. ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland: het spoedeisend vervoer van een verzekerde per ambulance, taxi, huurauto of eigen auto tussen:
 1. de tijdelijke verblijfplaats of de plaats van het ongeval, plotselinge ziekte of behandeling in het buitenland en
 2. de plaats van behandeling of verpleging in het buitenland of in Nederland of het wettelijke woonadres.
 als en voor zover openbaar vervoer volgens algemeen erkende medisch-wetenschappelijke overwegingen niet mogelijk is.

Wij verstaan onder ziekenvervoer in dit geval niet het vervoer per helikopter in of vanuit het buitenland.

Ziekenverzorger

Degene die als ziekenverzorger geregistreerd is volgens de door de overheid gestelde regels en dit beroep in Nederland uitoefent.

Zorgverlener

De persoon of instelling die in Nederland gevestigd is en bevoegd is medische, tandheelkundige of verpleegkundige hulp of zorg te verlenen.

Zorgverzekeraars Nederland

Vereniging Zorgverzekeraars Nederland te Zeist.

Toelichting:

Vereniging Zorgverzekeraars Nederland geeft adviezen aan de zorgverzekeraars en ziekenfondsen. Van deze vereniging zijn bijna alle zorgverzekeraars en ziekenfondsen in Nederland lid. OZ zorgverzekeringen ook.

2. Vergoedingen

2.1 Algemeen

2.1.1 Hoe weet u wat u vergoed krijgt?

Vanaf artikel 2.2 tot artikel 3 worden alle behandelingen beschreven die in de verschillende verzekeringen van OZ voor kunnen komen. Dit betekent niet dat:

- a. deze allemaal onder de dekking van uw verzekering vallen;
- b. u deze kosten 100% vergoed krijgt.

U heeft het Vergoedingenoverzicht samen met uw polis en deze Polisvoorwaarden ontvangen. Op de polis staat o.a. welke verzekering(en) u heeft afgesloten. Op het Vergoedingenoverzicht staat:

- a. per verzekering welke behandelingen wij vergoeden;
- b. de hoogte van de vergoeding;
- c. een verwijzing naar de relevante artikelen uit deze Polisvoorwaarden. In die artikelen leest u aan welke voorwaarden u moet voldoen om recht te hebben op een vergoeding.

2.1.2 Voorwaarden voor vergoeding

Valt de behandeling onder de dekking van uw verzekering? Dan vergoeden wij u de kosten als:

- a. er een medische of tandheelkundige noodzaak voor de behandeling bestaat;
- b. die zijn afgesproken voor de behandeling (zie ook artikel 2.1.3 en 2.1.4.a);
- c. de behandeling plaatsvindt gedurende de periode dat deze verzekering van kracht is. De datum van de behandeling is dus bepalend, niet de datum van de factuur voor die behandeling;
- d. u voldoet aan de ‘Omschrijving van de dekking’ die bij de behandelingen vanaf artikel 2.2. genoemd worden, zoals bijvoorbeeld de voorwaarde dat de behandeling voorgeschreven moet zijn door een arts;
- e. wij u niet langer dan 365 dagen geleden toestemming voor een behandeling hebben gegeven (de toestemming is maximaal 365 dagen geldig, tenzij wij uitdrukkelijk anders bepalen). Deze toestemming is alleen vereist als dit in de ‘Omschrijving van de dekking’ vanaf artikel 2.2. ook staat vermeld;
- f. een opname in het ziekenhuis binnen 24 uur door de behandelend arts of het ziekenhuis aan ons is gemeld. Als u voor spoedeisende zorg in een ziekenhuis in het buitenland opgenomen wordt, moet dit binnen 24 uur gemeld worden aan SOS International (zie voor de telefoonnummers de inleiding voor in dit boekje);
- g. de instelling of inrichting waar een behandeling plaatsvindt voldoet aan alle wettelijke eisen (bijvoorbeeld erkenning door de minister);
- h. de kosten gedeclareerd worden door de zorgverlener, instelling of inrichting die de behandeling heeft verricht of onder wiens verantwoordelijkheid de behandeling heeft plaatsgevonden;
- i. u geen handelingen verricht of nalaat die onze eventuele verhaalsrechten zouden kunnen schaden. U bent verplicht mee te werken aan het realiseren van onze verhaalsrechten.

2.1.3 Wat moet u doen om uw kosten vergoed te krijgen?

U moet de originele rekeningen en kwitanties (geen kopie!) binnen 12 maanden na afloop van het jaar waarin de behan-

deling heeft plaatsgevonden aan ons opsturen. Deze rekeningen en kwitanties moeten door de zorgverlener zo gespecificeerd zijn dat wij ze zonder navraag of verder onderzoek volgens de verzekeringsvoorwaarden af kunnen wikkelen.

2.1.4 De hoogte van de vergoeding

- a. Wij hebben met zorgverleners tarieven afgesproken voor de behandelingen. Krijgt u een behandeling waarvoor wij geen tarief hebben afgesproken, dan vergoeden wij die behandeling tot aan het maximale tarief dat wettelijk is vastgesteld of goedgekeurd door het daartoe bevoegde orgaan.
- b. Wij vergoeden nooit meer dan de kosten die u werkelijk gemaakt heeft.
- c. Bepaalde behandelingen vergoeden wij éénmalig. Als dit zo is staat dit aangegeven in deze Polisvoorwaarden bij de betreffende behandeling vanaf artikel 2.2 tot artikel 3, of in het Vergoedingenoverzicht. Heeft u de kosten van de betreffende behandeling eenmaal vergoed gekregen, dan vergoeden wij die behandeling daarna niet meer, ook niet als uw verzekering wijzigt of stilzwijgend wordt verlengd.

2.1.5 Betaling aan de zorgverlener

- a. Wij kunnen met zorgverleners afspraken maken om hun rekeningen rechtstreeks aan hen en niet aan u te betalen. U (verzekeringnemer en verzekerde) wordt geacht daaraan mee te werken. Als wij van een zorgverlener een rekening ontvangen die voor vergoeding in aanmerking komt, wordt u geacht ons toestemming te hebben gegeven om die rekening rechtstreeks aan die zorgverlener te betalen. Als wij de rekening aan de zorgverlener betalen, vervalt daarmee onze plicht de kosten aan u te vergoeden.
- b. Als wij aan een zorgverlener meer vergoeden dan wij volgens de wet of volgens het tarief dat wij met de zorgverlener hebben afgesproken verplicht zijn, wordt u geacht ons een volmacht te hebben gegeven om het teveel betaalde bedrag bij de zorgverlener terug te kunnen vorderen.
- c. Als u op grond van de verzekeringsvoorwaarden geen recht heeft op een vergoeding of op een kleinere vergoeding dan het bedrag dat wij aan de zorgverlener betaald hebben (bijvoorbeeld door eigen risico of gemaximeerde vergoeding), bent u verplicht ons het verschil te betalen. U betaalt ons dit verschil op de wijze waarop u uw premie betaalt (bijvoorbeeld via automatische incasso of met een acceptgiro).

2.1.6 Eigen risico

- a. U heeft uw hoofdverzekering afgesloten met een eigen risico. Dit is het bedrag dat u jaarlijks zelf aan ziektekosten moet betalen. U vindt dit bedrag op uw polis. Wij vergoeden de kosten die u maakt pas als u uw eigen risico heeft betaald.
- b. Voor de kosten die vallen onder een aanvullende verzekering geldt geen eigen risico. Kosten die wij verrekenen met het eigen risico van uw hoofdverzekering, krijgt u niet vergoed uit uw aanvullende verzekering.

Toelichting:

Stel: U heeft een hoofdverzekering afgesloten met een eigen risico van € 900,- per jaar. U stuurt ons voor € 700,- aan nota's op. Hoewel deze nota's op grond van de hoofdverzekering geheel voor vergoeding in aanmerking komen, betalen wij u deze nota's toch niet. Wij trekken deze af van het eigen risico. Dit eigen risico staat daarmee nog op € 200,-. Daarna stuurt u ons

voor € 400,- aan nota's op. Wij verrekenen eerst € 200,- met het eigen risico. Dat staat daarmee op € 0,-. Vervolgens betalen wij u € 200,-. Ook de verdere kosten die u dat jaar declareert, krijgt u volgens de voorwaarden van ons vergoed.

2.1.7 Vergoeding van kosten die u bij tijdelijk verblijf in het buitenland maakt

- a. Als u kosten maakt in het buitenland, krijgt u deze in euro's vergoed. Wij hanteren daarbij de verrekeningskoers die geldt op de dag dat wij de nota's ontvangen.
- b. Kosten die u maakt tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland, krijgt u alleen vergoed als het gaat om kosten:
 1. voor medische hulp met een spoedeisend karakter, en die;
 2. betrekking hebben op diensten die door een in het buitenland gevestigde zorgverlener zijn verricht of goederen die door een in het buitenland gevestigde leverancier zijn geleverd terwijl die zorgverlener of leverancier voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld, en die;
 3. niet het gevolg zijn van de vooropgezette bedoeling om in het buitenland behandeld te worden (behalve in het geval van artikel 2.55.4., Zorg in een andere EG-lidstaat), en die;
 4. op het moment dat u naar het buitenland vertrok niet te voorzien waren (behalve in het geval van artikel 2.55.4., Zorg in een andere EG-lidstaat).

2.1.8 Eerst vergoeding uit hoofdverzekering, dan pas uit aanvullende verzekering

- a. Heeft u naast uw hoofdverzekering een aanvullende verzekering afgesloten? Dan krijgt u uw kosten altijd eerst vergoed vanuit de hoofdverzekering. Pas als de kosten niet of niet meer vanuit de hoofdverzekering voor vergoeding in aanmerking komen, vergoeden wij deze uit de aanvullende verzekering. De kosten moeten natuurlijk wel onder de dekking van deze aanvullende verzekering vallen. Kosten die wij met het eigen risico uit de hoofdverzekering hebben verrekend, worden nimmer uit de aanvullende verzekering vergoed.
- b. In aanvulling op verstrekkingen vanuit de AWBZ, kunnen bepaalde kosten voor vergoeding in aanmerking komen als:
 1. voor de behandeling een medische noodzaak bestaat en;
 2. u een verzekering heeft afgesloten die zo'n aanvullende vergoeding in de dekking heeft, en;
 3. u bij ons staat ingeschreven als verzekerde volgens de AWBZ, en;
 4. de kosten betrekking hebben op behandelingen die in het pakket zitten bij de AWBZ, en;
 5. de verstrekking volgens de richtlijnen van de AWBZ niet wordt afgewezen, en;
 6. de kosten gedeeltelijk voor rekening komen van de AWBZ.

2.1.9 Vernieuwing van Polisvoorwaarden, Vergoedingenoverzicht en/of polis.

Als uw premie of dekking verandert, sturen wij u nieuwe Polisvoorwaarden, een nieuw Vergoedingenoverzicht en / of een nieuwe polis. Wij vertellen dan ook vanaf welk moment die van kracht worden. Vanaf die datum gelden uw oude Polisvoorwaarden, Vergoedingenoverzicht en / of polis niet meer.

Omschrijving van de dekking

Voor alle hierna opgenomen artikelen (2.2 tot 3) geldt dat u op het Vergoedingenoverzicht kunt kijken onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen. In de artikelen is over dit laatste meestal niets geregeld. Op uw polis staat o.a. aangegeven welke verzekering u heeft afgesloten.

2.2 Opname en medisch specialistische zorg in een ziekenhuis

2.2.1 Opname en medisch specialistische zorg

Wij vergoeden:

- a. de kosten van opname en verpleging in de derde klasse voor een onafgebroken periode van maximaal 365 dagen;
- b. het honorarium van medisch specialistische zorg in het ziekenhuis (ook als er geen sprake is van een opname);
- c. bijkomende kosten in het ziekenhuis (ook als er geen sprake is van een opname).

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de opname en medisch specialistische zorg zijn voorgeschreven door een arts;
2. wij hebben u vooraf toestemming gegeven (alleen als er sprake is van een opname);
3. de kosten zijn in rekening gebracht door het ziekenhuis.

2.2.2 Dagverpleging

Wij vergoeden de kosten van dagverpleging.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de opname is voorgeschreven door een arts;
2. wij hebben u vooraf toestemming gegeven.

2.2.3 Opname van moeder en kind

Wij vergoeden de verpleegkosten van zowel u (de moeder) als uw kind, ook al is een opname voor één van beiden niet medisch noodzakelijk.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de opname is voorgeschreven door een arts en;
2. wij hebben u (de moeder) vooraf toestemming gegeven en;
3. uw kind is jonger dan drie maanden en krijgt borstvoeding en;
4. u (de moeder) declareert geen reiskosten bij ons.

Bijzonderheden:

Als uw kind is opgenomen in het ziekenhuis, kunnen wij in plaats van kosten voor ziekenhuisopname ook reiskosten van u (de moeder) vergoeden. U (de moeder) mag er ook voor kiezen om deels opgenomen te worden en deels te reizen. Zie artikel 2.56.

2.2.4 Opname in het Nederlands Astma Centrum (N.A.D.)

Wij vergoeden de kosten van onderzoek, opname en verder verblijf in het Nederlands Astma Centrum (N.A.D.) te Davos.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de opname is voorgeschreven door een arts;
2. de noodzaak tot opname is vastgesteld na een evaluatie van de klachten en na optimale behandeling in Nederland;
3. wij hebben u vooraf toestemming gegeven. Wij kunnen aan die toestemming aanvullende voorwaarden verbinden.

2.2.5 Plastische chirurgie of laserbehandeling

Wij vergoeden de kosten van vormverbeterende of aspectveranderende behandelingen van het uiterlijk door middel van plastische chirurgie of laserbehandelingen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de medisch specialistische zorg is voorgeschreven door een arts;
2. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
3. er is sprake van een verminking door een ongeval of ziekte, of van een ernstige afwijking die bij de geboorte aanwezig en geconstateerd is;
4. de kosten zijn in rekening gebracht door het ziekenhuis.

2.3 Ziekenhuisverpleging in de hogere klassen

Op uw polis ziet u voor welke ziekenhuisklasse u verzekerd bent. Kijk op het Vergoedingenoverzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

2.3.1 Ziekenhuisverpleging in de verzekerde klasse

Wij vergoeden de kosten van ziekenhuisverpleging in de verzekerde klasse. Kosten die daar bovenuit komen omdat u in een hogere klasse ligt, vergoeden wij niet.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de opname is voorgeschreven door een arts;
2. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
3. uw verzekerde klasse is hoger dan de derde klasse.

2.3.2 Ziekenhuisverpleging in een ziekenhuis met slechts één tweede klasse

Als u verzekerd bent voor de klasse 2/2B of 2A en wordt verpleegd in de eerste of tweede klasse van een ziekenhuis met slechts één enkele tweede klasse, vergoeden wij de kosten van ziekenhuisverpleging volgens het tarief van de tweede klasse van dat ziekenhuis.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de opname is voorgeschreven door een arts;
2. wij hebben u vooraf toestemming gegeven.

2.3.3 Compensatie voor verpleging in een lagere klasse dan de verzekerde klasse

Wij verstrekken u per dag dat u verpleegd bent in een lagere klasse dan de verzekerde klasse een uitkering voor maximaal het aantal dagen dat in het Vergoedingenoverzicht wordt genoemd.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de opname is voorgeschreven door een arts;
2. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
3. u bent opgenomen in een lagere klasse dan waarvoor u verzekerd bent;
4. u dient bij ons een verzoek in voor de uitkering per verpleegdag.

2.4 Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC)

2.4.1 Zelfstandig Behandel Centrum

Wij vergoeden:

- a. het honorarium van medisch specialistische zorg in rekening gebracht door het ZBC;
- b. bijkomende kosten in rekening gebracht door het ZBC;
- c. de hoogte van de vergoeding komt overeen met de tarieven die voor de behandelingen met ons zijn afgesproken of die door het daartoe bevoegde overheidsorgaan zijn afgegeven of goedgekeurd.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de medisch specialistische zorg is voorgeschreven door een arts;

2. de aanvraag omvat een omschrijving van de gevraagde behandeling en een bijbehorende pro forma nota (kostenbegroting).

3. wij hebben u vooraf toestemming gegeven. Wij kunnen aan deze toestemming aanvullende voorwaarden verbinden.

2.4.2 Uitsluitingen

De volgende kosten vergoeden wij niet:

- a. hotelkosten, verblijfkosten, verpleegkosten en kliniekkosten, hoe ook genaamd;
- b. reis- en vervoerskosten, tenzij die vergoed worden op grond van artikel 2.32. "ziekenvervoer";
- c. de bijkomende kosten van behandeling in een eenmanspraktijk (een zogenaamde buitenpraktijk van een specialist) of een privé-kliniek.

2.5 Orgaantransplantatie

2.5.1 Orgaantransplantatie en weefseltyperingen

Wij vergoeden de kosten van:

- a. transplantatie van de donorweefsels huid, hoornvlies, beenmerg en bot en transplantatie van de donororganen nier, nier-pancreas (gecombineerd), hart, long, hart-long (gecombineerd) en lever;
- b. weefseltyperingen in verband met deze transplantaties.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de transplantatie of weefseltypering is voorgeschreven door een arts;
2. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
3. de transplantatie betreft een indicatie die volgens algemeen geldende medische opvattingen voor de betreffende vorm van transplantatie is aanvaard;
4. de weefseltyperingen worden gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (N.T.S.).

2.5.2 Verpleging en behandeling van de donor

Wij vergoeden de kosten van:

- a. verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor deze verzekerd is;
- b. medische behandeling van de donor voor een periode van maximaal drie maanden nadat hij ontslagen is uit het ziekenhuis waar hij voor de selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de transplantatie is voorgeschreven door een arts;
2. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
3. de behandeling van de donor houdt verband met een orgaantransplantatie die op grond van deze verzekering voor vergoeding in aanmerking komt.

2.6 Nierdialyse

Wij vergoeden de kosten van nierdialyse in het ziekenhuis (zowel bij opname als poliklinisch) en bij u thuis. Bij thuisdialyse vergoeden wij ook bepaalde niet-medische kosten.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de nierdialyse is voorgeschreven door een arts;
2. wij hebben u vooraf toestemming gegeven. Voor een vergoeding van niet-medische kosten bij thuisdialyse kunnen wij aan die toestemming aanvullende voorwaarden verbinden.

2.7 Leukemie bij kinderen

Wij vergoeden de kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

de kosten worden gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (S.N.W.L.K.).

2.8 Chronisch intermitterende beademing

Wij vergoeden de kosten:

- die verband houden met mechanische beademing in een daartoe erkend beademingscentrum, of;
- van de door het beademingscentrum ter beschikking gestelde gebruiksklare apparatuur op uw verblijfplaats.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

de chronisch intermitterende beademing is voorgeschreven door een specialist.

2.9 Trombosedienst

Wij vergoeden de kosten van hulp door een trombose-dienst.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

de hulp is voorgeschreven door een arts.

2.10 Medisch specialistische zorg niet in een ziekenhuis

2.10.1 Zorg door een medisch specialist of kaakchirurg (mond- en kaakchirurgie)

Wij vergoeden:

- het honorarium van medisch specialistische zorg, die buiten het ziekenhuis is verleend en in rekening is gebracht door een medisch specialist;
- het honorarium van medisch specialistische zorg, die buiten het ziekenhuis is verleend en in rekening is gebracht door een kaakchirurg, inclusief mond- en kaakchirurgie;
- de bijkomende kosten die in rekening zijn gebracht door een medisch specialist en kaakchirurg.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

de medisch specialistische zorg is voorgeschreven door een arts.

2.10.2 Plastische chirurgie of laserbehandelingen

Wij vergoeden de kosten van vormverbeterende of aspectveranderende behandelingen van het uiterlijk door middel van plastische chirurgie of laserbehandelingen, die plaatsvindt buiten het ziekenhuis.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- de medisch specialistische zorg is voorgeschreven door een arts;
- wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
- er is sprake van een verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte, of van een ernstige afwijking die bij de geboorte aanwezig en geconstateerd is.

2.11 Revalidatie

2.11.1 Wanneer is er sprake van revalidatie?

Er is sprake van revalidatie die wij volgens dit artikel vergoeden als:

- revalidatie voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat;
- u met die hulp in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die met die beperkingen redelijkerwijze mogelijk is;
- de revalidatie plaatsvindt in een instelling voor revalidatie die door de overheid als zodanig toegelaten en/of erkend is.

2.11.2 Revalidatie

Wij vergoeden de kosten van revalidatie in deeltijd- of dagbehandeling (zonder opname) en van klinische revalidatie (met opname).

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- de indicatie voor de revalidatiezorg komt overeen met de afspraken die daar landelijk over gemaakt zijn;
- u heeft ons vooraf toestemming gevraagd. Daarvoor heeft u of de revalidatie-instelling ons een behandelplan opgestuurd. In dat behandelplan zijn ten minste de volgende punten beschreven:
 - de aard en complexiteit van de stoornis of beperking;
 - de bij de behandeling te betrekken disciplines;
 - de verwachte duur en intensiteit van de behandeling.
- wij hebben als bewijs van onze toestemming een garantieverklaring aan de instelling waar de revalidatie plaatsvindt verstrekt;
- de revalidatie vindt plaats in een instelling voor revalidatie die door de overheid als zodanig toegelaten en/of erkend is.

Bijzonderheden:

Voor vergoeding van klinische revalidatie (met opname) geldt bovendien als extra voorwaarde: er is sprake van een meerdaagse opname waarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname.

2.12 Geneesmiddelen

2.12.1 Geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van geneesmiddelen volgens de regeling Farmaceutische Zorg die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Deze regeling maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden. U kunt deze regeling bij ons aanvragen. Neem daarvoor contact op met OZ. Wij sturen u dan een exemplaar toe.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- De geneesmiddelen:
 - zijn afgeleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts, tenzij wij anders bepalen; en
 - zijn voorgeschreven door een arts, tandarts of verloskundige; en
 - bevatten een stof waarvan de stofnaam op het voorschrift is vermeld.
- De periode van vergoeding per voorschrift (recept) is niet meer dan:
 - vijftien dagen als het gaat om geneesmiddelen voor een nieuwe medicatie, of om antibiotica of chemotherapeutica ter bestrijding van acute aandoeningen;
 - zes maanden als het gaat om orale anticonceptiva ('de pil');
 - drie maanden als het gaat om geneesmiddelen ter behandeling van een chronische ziekte, met uitsluiting van hypnotica en anxiolytica. Hypnotica en anxiolytica vergoeden wij voor een periode van dertig dagen in alle overige gevallen.

Bijzonderheden:

- Na deze periode vergoeden wij de kosten opnieuw voor deze periode als u een nieuw recept heeft.*
- Als de zorgverlener de geneesmiddelen elektronisch declareert vindt geen aftrek van eigen risico plaats.*

Vastgestelde hoogte van de vergoeding

De overheid heeft een Geneesmiddelenvergoedingssysteem

(GVS) opgesteld. Hierin is de maximale hoogte van de vergoedingen voor de geneesmiddelen geregeld. Wij vergoeden de kosten maximaal tot deze door de overheid vastgestelde bedragen.

2.12.2 Dieetvoeding voor medisch gebruik

Wij vergoeden de kosten van dieetvoeding voor medisch gebruik welke voldoet aan de eisen van de Warenwetregeling Dieetvoeding voor medisch gebruik. Uitgangspunt is een lijst, opgesteld door het CVZ, van toegelaten dieetvoeding voor medisch gebruik.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de dieetvoeding voor medisch gebruik is voorgeschreven door een arts;
2. de dieetvoeding voor medisch gebruik is afgeleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts, tenzij wij anders bepalen;
3. wij hebben u vooraf toestemming gegeven; hierbij wordt getoetst aan de volgende criteria:
 - a er is sprake van een van de volgende aandoeningen: een ernstige slikstoornis, een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, chronisch obstructief longlijden, een ernstige stofwisselingsstoornis, cystische fibrose, een ernstig aangeboren of tijdens de geboorte verworven hartfalen met een dreigende groeiachterstand bij kinderen;
 - b de voorgeschreven dieetvoeding voor medisch gebruik is medisch noodzakelijk, werkzaam en effectief;
 - c het gebruik van de dieetvoeding voor medisch gebruik is doelmatig.

2.12.3 Verbandmiddelen

Wij vergoeden de kosten van verbandmiddelen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de verbandmiddelen zijn voorgeschreven door een arts;
2. de verbandmiddelen zijn afgeleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts, tenzij wij anders bepalen;
3. er is sprake van een ernstige aandoening waarbij een langdurige behandeling met deze middelen noodzakelijk is;
4. wij hebben u vooraf (schriftelijk) toestemming gegeven.

2.12.4 Zelfzorggeneesmiddelen, ongeregistreerde farmaceutische producten

a. Zelfzorggeneesmiddelen (niet-WTG geneesmiddelen)

Wij vergoeden de kosten van zelfzorggeneesmiddelen normaal gesproken niet.

Bijzonderheden:

Als het geneesmiddel op grond van de Regeling Farmaceutische Zorg door een arts is voorgeschreven voor chronisch gebruik met betrekking tot een chronische aandoening, vergoeden wij de kosten wel.

b. Ongeregistreerde farmaceutische producten

Wij vergoeden de kosten van ongeregistreerde farmaceutische producten normaal gesproken niet.

Bijzonderheden:

Als u voldoet aan de volgende voorwaarden vergoeden wij de kosten wel:

- u lijdt aan een ziekte die in Nederland zelden voorkomt;
- wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
- het geneesmiddel is voorgeschreven door een arts;
- de hoofdinspecteur van Volksgezondheid heeft toestemming verleend voor de invoer van het geneesmiddel in Nederland voor het daarbij aangegeven doel.

2.12.5 Uitsluitingen

De volgende farmaceutische zorg vergoeden wij niet als geneesmiddel:

- a. alternatieve geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 2.14;
- b. voedingssupplementen;
- c. geneesmiddelen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland.

2.13 Vergoeding van eigen bijdrage GVS bij medicijnen

Wij vergoeden de kosten van eigen bijdrage op geneesmiddelen waarvoor een vergoedingslimiet is vastgesteld.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. het betreft geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in het GVS (Geneesmiddelenvergoedingensysteem);
2. de geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een arts, tandarts, verloskundige of alternatief zorgverlener;
3. geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts;
4. de behandeling van de voorschrijvende arts, tandarts, verloskundige of alternatief zorgverlener is door u bij ons meeverzekerd.

2.14 Alternatieve geneesmiddelen

2.14.1 Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen of producten

Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de geregistreerde geneesmiddelen worden door de Wet op de geneesmiddelenvoorziening als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen en/of producten aangemerkt en zijn als zodanig geregistreerd;
2. de geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een arts, tandarts, verloskundige of alternatief zorgverlener;
3. de behandeling van de voorschrijvende arts, tandarts, verloskundige of alternatief zorgverlener is door u bij ons meeverzekerd;
4. de geneesmiddelen zijn afgeleverd door een apotheek of apotheekhoudend arts.

2.14.2 Uitsluitingen

De volgende kosten vergoeden wij niet als alternatief geneesmiddel:

- a. geneesmiddelen die wij geheel of gedeeltelijk als reguliere geneesmiddelen vergoeden;
- b. middelen die (nog) niet geregistreerd zijn volgens de Wet op de geneesmiddelenvoorziening;
- c. zelfzorggeneesmiddelen (niet-WTG geneesmiddelen) die wij niet vergoeden onder de Regeling Farmaceutische Zorg van de Hoofdverzekering;
- d. de eigen bijdrage volgens de Regeling Farmaceutisch Zorg van de Hoofdverzekering, tenzij uitdrukkelijk op het Vergoedingenoverzicht staat vermeld dat wij deze wel vergoeden en deze dus is meeverzekerd;
- e. vitamines en voedingssupplementen.

2.15 Alternatieve behandelingen

2.15.1 Alternatieve behandelingen

Wij vergoeden de kosten van behandelingen met of door een alternatieve geneeswijze door een (huis)arts, specialist, bewegingstherapeut.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

Behandeling door:

een (huis)arts, specialist of fysiotherapeut.

2.15.2. Alternatieve behandelingen door niet-artsen

Wij vergoeden de kosten van behandelingen van alternatieve geneeswijze door niet-artsen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

Behandeling door:

1. een alternatief genezer die geen arts is maar wel lid is van een beroepsvereniging;
2. een alternatief genezer die geen arts is maar wel is ingeschreven in een register voor alternatieve geneeswijzen.

2.15.3 Alternatieve behandelingen homeopathie, manuele geneeskunde, orthomanipulatie, chiropractie, acupunctuur, haptonomie, antroposofie, natuur-geneeswijzen en osteopathie

Wij vergoeden de kosten van behandelingen op basis van deze alternatieve therapieën.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

Behandeling door:

1. een arts, niet zijnde de eigen huisarts, voor alternatieve geneeswijzen;
2. een acupuncturist, homeopaat, chiropractor, osteopaat, antroposoof of natuurgenezer die geen arts is maar wel lid is van een beroepsvereniging die naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt;
3. een acupuncturist homeopaat, chiropractor, osteopaat, antroposoof of natuurgenezer die geen arts is maar wel is ingeschreven in een register voor alternatieve geneeswijzen dat naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt;
4. een haptotherapeut of, een fysiotherapeut die als haptotherapeut is geregistreerd.

Een lijst met toegelaten beroepsverenigingen en registers van alternatieve geneeswijzen is op verzoek verkrijgbaar. Deze lijst is onderdeel van de verzekeringsvoorwaarden. U kunt deze lijst opvragen. Neem daarvoor contact op met OZ. Wij sturen u dan een exemplaar toe.

2.15.4 Uitsluitingen alternatieve behandelingen

- a. behandelingen die onder de reikwijdte van andere artikelen van deze voorwaarden vallen, beschouwen wij niet als alternatieve behandelingen;
- b. de reiskosten van en naar de behandelend arts/alternatief zorgverlener worden niet vergoed;
- c. kosten van behandelingen welke niet als algemeen aanvaard binnen de beroepsgroep van de betreffende groep alternatief genezers kunnen worden aangemerkt worden niet vergoed.

2.15.5 Hoogte van de vergoeding

Wij vergoeden de kosten die u maakt voor alternatieve behandelingen tot een maximum bedrag per kalenderjaar per verzekerde. Daarbij hanteren wij ook een maximum bedrag per behandelingsdag. Dit maximum bedrag per behandelingsdag geldt voor alle gedeclareerde behandelingen die u in totaal op één behandelingsdag samen ondergaat, ongeacht de naam, het aantal en de vorm ervan. Beide maximum bedragen staan op het Vergoedingenoverzicht vermeld.

2.16 Hulpmiddelen

2.16.1 Medische hulpmiddelen algemeen

Wij vergoeden de kosten van aanschaf, bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen (eenvoudige uitvoering) zoals in het door ons opgestelde Reglement hulpmiddelen is vastgesteld. Dit reglement

maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden. U kunt dit reglement opvragen. Neem daarvoor contact op met OZ. Wij sturen u dan een exemplaar toe.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. het betreffende hulpmiddel is voorgeschreven door een arts;
2. wij hebben u vooraf toestemming gegeven. Wij kunnen aan deze toestemming nadere voorwaarden verbinden;
3. de hulpmiddelen zijn volgens ons noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd.

2.16.2 Kosten ten gevolge van normaal gebruik van de hulpmiddelen

Normaal gebruik van de hulpmiddelen (zoals energieverbruik of slijtage) zijn voor uw rekening, tenzij het Reglement hulpmiddelen anders bepaalt.

2.16.3 Bijkomende kosten bij hulpmiddelen in bruikleen

Wij vergoeden de kosten van:

- a. vervoer, technisch onderhoud, reparatie, reiniging en ontsmetting van de apparatuur en toebehoren;
- b. verbruikte producten en materialen (zoals bijvoorbeeld zuurstof).

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de hulpmiddelen zijn voorgeschreven door een arts;
2. wij hebben u vooraf toestemming gegeven voor de bruikleen van de hulpmiddelen;
3. de kosten zijn ontstaan bij een normaal zorgvuldig gebruik.

2.17 Aanvulling hulpmiddelen

2.17.1 Eigen bijdrage

Wij geven een vergoeding voor de eigen bijdrage voor zover het de kosten van aanschaf, herstel, en correctie van hulpmiddelen betreft die niet volledig voor vergoeding in aanmerking komen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de kosten betreffen hulpmiddelen die vallen onder het door ons vastgestelde Reglement hulpmiddelen;
2. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
3. u schaft deze hulpmiddelen aan bij een zorgverlener met wie wij daarover afspraken hebben gemaakt.

2.17.2 Mammaprothese (borstprothese), pruik

Wij geven een vergoeding voor de eigen bijdrage van:

- a. een uitwendige mammaprothese (borstprothese) inclusief de kosten van noodzakelijke plakstrips ter bevestiging;
- b. een pruik.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de kosten betreffen hulpmiddelen die vallen onder het door ons vastgestelde Reglement hulpmiddelen;
2. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
3. u schaft deze hulpmiddelen bij een zorgverlener aan met wie wij daarover afspraken hebben gemaakt.

2.17.3 Steunpessarium

Wij vergoeden de kosten van een steunpessarium en van het plaatsen daarvan.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. het steunpessarium wordt geplaatst door een huisarts;
2. wij hebben u vooraf (schriftelijk) toestemming gegeven.

2.17.4 Urofoon (plaswekker), huren van een urofoon

Wij vergoeden de kosten van huur van de urofoon en de bijbehorende bandage.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de urofoon is voorgeschreven door een arts;
2. u huurt de urofoon bij een zorgverlener met wie wij daarvoor afspraken hebben gemaakt;
3. uitsluitend voor kinderen van 5 jaar en ouder.

2.17.5 Anti-decubitusmateriaal

Wij vergoeden de kosten van anti-decubitusmateriaal.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
2. er moet sprake zijn van een langdurige behoefte aan anti-decubitusmateriaal.

2.17.6 Steunzolen

Wij vergoeden de kosten van steunzolen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de steunzolen zijn voorgeschreven door een arts of;
2. de steunzolen zijn voorgeschreven door een erkend podotherapeut, podoloog en podo-orthesioloog;
3. de steunzolen zijn naar gipsmodel of blauwdruk gemaakt door een orthopedisch schoenmaker of door een orthopedisch instrumentmaker;
4. wij hebben de orthopedisch schoenmaker of de orthopedisch instrumentmaker erkend of wij hebben daar afspraken mee gemaakt.

2.17.7 Wondverzorging

Wij vergoeden de kosten van zelfverzorgingsartikelen (bijvoorbeeld steriele handschoenen en vacuümdrainpotten) voor wondverzorging na opname.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de middelen zijn voorgeschreven door een arts;
2. wij hebben u vooraf toestemming gegeven.

2.18 Gezichtshulpmiddelen

2.18.1 Brillen(glazen) en contactlenzen

Wij vergoeden de kosten van:

- a. contactlenzen;
- b. brillenglazen;

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. het gaat om gezichtshulpmiddelen op sterkte;
2. u schaft de gezichtshulpmiddelen aan bij de opticien.

2.18.2 Brilmontuur

Wij vergoeden de kosten van een brilmontuur, gelijktijdig aangeschaft met brillenglazen.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

u schaft de gezichtshulpmiddelen aan bij de opticien.

2.18.3 Uitsluitingen

Onder gezichtshulpmiddelen als bedoeld in dit artikel verstaan wij niet:

- lenzenvloeistof;
- zonnebrillen of contactlenzen op kleur;
- beeldschermbrillen;
- prismabrillen.

De kosten hiervan vergoeden wij niet.

2.19 Audiologisch centrum

Wij vergoeden de kosten van audiologische hulp door een audiologisch centrum.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de audiologische hulp is voorgeschreven door een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts;
2. het audiologische centrum is erkend door een bevoegde overheidsinstantie.

2.20 Erfelijkheidsonderzoek

Wij vergoeden de kosten van:

- a. hulp in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek;

Onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek en DNA-onderzoek.

- b. erfelijkheidsadviesing:

psychosociale begeleiding die met deze hulp verband houdt. Onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde als dit noodzakelijk is voor het advies aan de verzekerde. Zij kunnen tevens geadviseerd worden.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de hulp wordt geboden in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek;
2. de hulp is voorgeschreven door een huisarts of specialist;
3. wij hebben u vooraf (schriftelijk) toestemming gegeven.

2.21 Fysiotherapie en oefentherapie

2.21.1 Fysiotherapie of oefentherapie

Wij vergoeden de kosten van:

- a. fysiotherapie door een fysiotherapeut of manueel therapeut;
- b. oefentherapie Cesar of Mensendieck door een oefentherapeut Cesar of Mensendieck;
- c. kinderysiotherapie door een kinderysiotherapeut aan kinderen tot 18 jaar.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

De therapie is voorgeschreven door een huisarts of specialist.

2.21.2 Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van behandeling die tot doel heeft uw conditie door middel van training te verbeteren (individueel of in groepsverband)

2.21.3 Verlenging kinderysiotherapie en oefentherapie Mensendieck of Cesar

Wij vergoeden de kosten van een verlenging van de behandeling van:

- a. kinderysiotherapie door een kinderysiotherapeut;
- b. oefentherapie Mensendieck of Cesar door een oefentherapeut Mensendieck of Cesar.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de verlenging is voorgeschreven door een huisarts of specialist;
2. wij hebben u vooraf toestemming gegeven voor de verlenging.

2.21.4 Fysiotherapie en oefentherapie bij een chronische aandoening

Wij vergoeden de kosten van het noodzakelijke (= voorgeschreven) aantal zittingen fysiotherapie of oefentherapie Mensendieck of Cesar bij een chronische aandoening.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de therapie is voorgeschreven door een huisarts of specialist;
2. de chronische aandoening komt voor op de lijst met chronische aandoeningen waarvoor intermitterende fysiotherapie en oefentherapie Mensendieck of Cesar nodig is. Die lijst is door Zorgverzekeraars Nederland vastgesteld. Deze is een onderdeel van de verzekeringsvoorwaarden. U kunt deze lijst opvragen. Neem daarvoor contact op met OZ. Wij sturen u dan een exemplaar toe;
3. wij hebben u vooraf toestemming gegeven. Wij kunnen aan deze toestemming aanvullende voorwaarden stellen.

2.21.5 Voortzetting fysiotherapie en oefentherapie Mensendieck of Cesar

Wij vergoeden de kosten van voortzetting van:

- a. fysiotherapie door een fysiotherapeut;

- b. oefentherapie Mensendieck of Cesar door een oefentherapeut Mensendieck of Cesar;
- c. kinderfysiotherapie door een kinderfysiotherapeut.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de voortzetting van de therapie is voorgeschreven door de huisarts of specialist;
2. wij hebben u vooraf toestemming gegeven.

2.22 Logopedie

2.22.1 Logopedische behandelingen

Wij vergoeden de kosten van de volgende logopedische behandelingen:

- a. spraaklessen;
- b. spraaklessen door een logopedist ter correctie van spraak- en stemgebreken;
- c. vervolgbehandelingen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de spraaklessen en eventuele vervolgbehandelingen zijn voorgeschreven door een arts;
2. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
3. voor de vervolgbehandeling moet u ons een verklaring van de behandelende arts sturen waaruit de medische noodzaak hiervoor blijkt.

2.22.2 Uitsluiting

Wij vergoeden niet een behandeling van:

- a. dyslexie;
- b. taalontwikkelingsstoornissen van niet-medische aard (zoals bij dialect of als iemand geen Nederlands kan spreken).

2.23 Manuele lymfdrainage

Wij vergoeden de kosten van manuele lymfdrainage door een huidtherapeut die als zodanig is gespecialiseerd.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de behandeling is voorgeschreven door een arts;
2. wij hebben u vooraf toestemming gegeven. Wij kunnen aan die toestemming aanvullende voorwaarden stellen.
3. het gedeclareerde tarief is niet hoger dan het tarief dat een fysiotherapeut zou mogen declareren.

2.24 Stottertherapie

2.24.1 Stottertherapie in individueel of groepsverband

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie in individueel of in groepsverband volgens de methode:

- a. Del Ferro;
- b. Instituut Natuurlijk Spreken (I.N.S.).

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de stottertherapie is voorgeschreven door een arts;
2. wij hebben u vooraf toestemming gegeven. Wij kunnen aan die toestemming aanvullende voorwaarden stellen.

2.24.2 Pensiekosten bij een stottertherapie die intern wordt gegeven (Doetinchemse methode)

Indien en zolang de stottertherapie intern wordt gegeven vergoeden wij de noodzakelijke kosten die rechtstreeks in verband staan met het verblijf in het pension.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de stottertherapie is voorgeschreven door een arts;
2. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
3. de kosten van de stottertherapie zelf komen voor een vergoeding in aanmerking.

2.24.3 Uitsluiting

De reis- en vervoerskosten die u in verband met de stottertherapie maakt, vergoeden wij niet.

2.25 Psychologische zorg

2.25.1 Psychologische zorg

Wij vergoeden de kosten van behandeling voor verzekerden van 18 jaar en ouder:

- a. door een eerstelijnspsycholoog;
- b. in een inloophuis voor kankerpatiënten;
- c. door een samenwerkingsverband van psychologen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de behandeling is voorgeschreven door een arts;
2. het inloophuis voor kankerpatiënten is door ons geaccepteerd, omdat het naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt;
3. het samenwerkingsverband van psychologen hebben wij gecontracteerd, omdat het naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt.

Een lijst met gecontracteerde samenwerkingsverbanden en psychologen is op verzoek verkrijgbaar.

2.25.2 Inloophuis voor kankerpatiënten en gezinsleden

Kosten van behandeling/begeleiding van de partner en gezinsleden van de in een inloophuis behandelde verzekerde komen ook voor vergoeding in aanmerking. Zijn deze partner en gezinsleden zelf verzekerd voor kosten van psychologische zorg, dan komt deze vergoeding uit hun eigen verzekering. Zijn deze partner en gezinsleden niet verzekerd voor kosten van psychologische zorg of zelfs helemaal niet verzekerd bij ons, dan komen kosten voor vergoeding in aanmerking onder de verzekering van de patiënt zelf.

2.25.3 Uitsluiting

Reiskosten die worden gemaakt in verband met psychologische zorg worden niet door ons vergoed.

2.26 Acné-behandeling

Wij vergoeden de kosten van behandeling van een ernstige vorm van acné in het gelaat en/of in de hals door een gecontracteerde huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de behandeling is voorgeschreven door een arts;
2. wij hebben u vooraf toestemming verleend.

Een lijst met gecontracteerde huidtherapeuten en schoonheidsspecialisten is op verzoek verkrijgbaar.

2.27 Camouflagelessen en -middelen

Wij vergoeden:

- a. de kosten van camouflagelessen door een gecontracteerde huidtherapeut of schoonheidsspecialist;
- b. de aanschafkosten van de voor de lessen benodigde middelen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de camouflagelessen zijn voorgeschreven door een arts (bijvoorbeeld een huidarts of gynaecoloog);
2. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
3. de camouflagelessen hebben tot doel wijnvlekken, littekens en andere ontsierende huidaandoeningen in het gelaat en/of de hals te camoufleren.

Een lijst met gecontracteerde huidtherapeuten en schoonheidsspecialisten is op verzoek verkrijgbaar.

2.28 Elektrische epilatie

2.28.1 Elektrische epilatie/lasertherapie

Wij vergoeden de kosten van elektrische epilatie en lasertherapie om extreme haargroei in het gelaat door een gecontracteerde huidtherapeut of schoonheidsspecialist te laten verwijderen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de elektrische epilatie of lasertherapie is voorgeschreven door een arts (bijvoorbeeld een huidarts of gynaecoloog);
2. wij hebben u vooraf toestemming gegeven.

Een lijst met gecontracteerde huidtherapeuten en schoonheidsspecialisten is op verzoek verkrijgbaar.

2.28.2 Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van:

- behandelingen met harsen, gels, crèmes en andere ontharingsmiddelen;
- aanschaf van harsen, gels, crèmes en andere ontharingsmiddelen.

2.29 Psoriasisdagbehandeling

2.29.1 Psoriasisdagbehandeling en UV-apparatuur

Wij vergoeden de kosten van behandeling van ernstige psoriasis door middel van een poliklinische behandeling door een huidarts.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de behandeling is voorgeschreven door een arts;
2. de huidarts is verbonden aan een instelling voor psoriasisdagbehandeling;
3. wij hebben u vooraf toestemming gegeven. Wij kunnen aan deze toestemming aanvullende voorwaarden stellen.

2.29.2 Reiskosten psoriasisdagbehandeling

Wij vergoeden de reiskosten, op basis van de werkelijke reisafstand, te bepalen aan de hand van een door OZ gebruikte routeplanner.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

de reiskosten worden gemaakt in verband met een verzekerde psoriasisdagbehandeling.

2.30 Podotherapie

2.30.1 Podotherapeutische behandelingen

Wij vergoeden de kosten van:

- a. podotherapeutische behandelingen door een podotherapeut; of
- b. podotherapeutische behandelingen door een pedicure met wie wij afspraken hebben gemaakt;
- c. podotherapeutische hulpmiddelen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de behandeling is voorgeschreven door een arts;
2. de podotherapeutische hulpmiddelen zijn voorgeschreven tijdens een behandeling van een podotherapeut die u van ons vergoed krijgt.

Een lijst met toegelaten pedicures is op verzoek verkrijgbaar.

2.30.2 Uitsluiting

- de vergoeding van steunzolen valt niet onder dit artikel, maar onder artikel 2.17.6.
- niet vergoed worden behandelingen die ook door een pedicure kunnen worden verricht.

2.31 Overgangsconsulten

Wij vergoeden de kosten van overgangsconsulten gegeven door een overgangsconsulente.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

deze overgangsconsulente is geregistreerd en aangesloten bij de BV Care for Women.

2.32 Ziekenvervoer

2.32.1 Ziekenvervoer per ambulance

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer per ambulance.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

het ziekenvervoer is het gevolg van of houdt verband met

behandelingen waarvan de kosten volgens uw verzekering(en) geheel of gedeeltelijk voor vergoeding in aanmerking komen.

2.32.2 Ziekenvervoer per taxi, huurauto of eigen auto bij opname in of ontslag uit het ziekenhuis

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer per taxi, huurauto of eigen auto.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. het ziekenvervoer heeft geen betrekking op dagverpleging;
2. het ziekenvervoer is het gevolg van of houdt verband met behandelingen waarvan de kosten volgens uw verzekering(en) geheel of gedeeltelijk voor vergoeding in aanmerking komen.

2.32.3 Ziekenvervoer per taxi, huurauto of eigen auto zonder opname in of ontslag uit het ziekenhuis

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per taxi, huurauto of eigen auto als deze verband houden met:

- a. nierdialyse;
- b. oncologische behandeling bij kanker in een daartoe erkend instituut of afdeling van een ziekenhuis;
- c. revalidatiedagbehandeling;
- d. een bezoek aan de orthopedisch instrumentenmaker;
- e. een bezoek aan een audiologisch centrum;
- f. psychiatrische zorg niet in een ziekenhuis;
- g. medisch specialistische zorg zonder opname in een ziekenhuis;
- h. opname of behandeling in een inrichting voor rekening van de AWBZ;
- i. medisch niet-specialistische zorg in een (afdeling van) een ziekenhuis.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. het ziekenvervoer is het gevolg van of houdt verband met behandelingen, waarvan de kosten volgens uw verzekering(en) geheel of gedeeltelijk voor vergoeding in aanmerking komen.
2. Een verklaring van arts of specialist wordt overlegd, waaruit blijkt dat het vervoer wegens de gezondheidstoestand van de verzekerde niet kan plaatsvinden met het openbaar vervoer.

2.32.4 Ziekenvervoer per helikopter

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer naar een in Nederland gelegen ziekenhuis per binnenlandse helikoptervlucht.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
2. het gebruik van een ambulance is om technische redenen niet mogelijk;
3. het ziekenvervoer is het gevolg van of houdt verband met behandelingen, waarvan de kosten volgens uw verzekering(en) geheel of gedeeltelijk voor vergoeding in aanmerking komen.

2.32.5 Uitsluiting

Bij een tijdelijk verblijf in het buitenland vergoeden wij het ziekenvervoer aldaar door middel van een binnenlandse helikoptervlucht niet.

2.33 Orthodontie

2.33.1 Orthodontische behandelingen (gebitsregulatie)

Wij vergoeden de kosten van orthodontische behandelingen

(gebitsregulatie).

Als op het Vergoedingenoverzicht staat dat het gaat om een vergoeding tot een maximaal bedrag, dan geldt deze maximale vergoeding over de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent, ook als u de (aanvullende) verzekering tussentijds wijzigt of als wij de (aanvullende) verzekering stilzwijgend verlengen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de kosten worden door een tandarts gedeclareerd met een UPT-tariefcode die begint met de letter "D", of
2. de kosten worden door een orthodontist gedeclareerd.

2.33.2 Behandeling naar aanleiding van een lip-, kaak- of verhemeltespleet

Wij vergoeden de kosten van behandeling van een orthodontische afwijking als direct gevolg van een lipspleet (cheiloschisis), een kaakspleet (gnathoschisis) of verhemeltespleet (palatoschisis).

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
2. de behandeling wordt verricht en gedeclareerd door een orthodontist;
3. de rekening is gespecificeerd met vermelding van de afwijking.

2.34 Tandheelkundige hulp algemeen

2.34.1 Kronen, bruggen en inlays

Wij vergoeden de kosten van restauratieve voorzieningen (kronen, bruggen en inlays) en andere daarmee samenhangende tandheelkundige verrichtingen door een tandarts, inclusief bijbehorende techniekkosten.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

dat de kosten door de tandarts zijn gedeclareerd met een UPT-tariefcode die begint met de letter 'R' (dit zijn kronen, bruggen en inlays);

2.34.2 Overige tandheelkundige verrichtingen

Wij vergoeden de kosten van overige tandheelkundige verrichtingen door een tandarts, kaakchirurg of mondhygiënist.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. dat de kosten door een tandarts, kaakchirurg of mondhygiënist zijn gedeclareerd;
2. als de verrichtingen zijn uitgevoerd en gedeclareerd door een vrijgevestigde mondhygiënist (dit is een mondhygiënist die voor eigen rekening en verantwoordelijkheid praktijk uitoefent), dan vergoeden wij de kosten alleen als:
 - wij met deze mondhygiënist een overeenkomst hebben gesloten ten behoeve van onze verzekerden; en
 - de mondhygiënist verrichtingen toepast, die binnen de overeenkomst zijn toegestaan; en
 - de tarieven die de mondhygiënist declareert niet hoger zijn dan de overeengekomen tarieven.

2.34.3 Uitneembare partiële gebitsprotheses

Wij vergoeden de kosten van een uitneembare partiële gebitsprotheses en andere daarmee samenhangende tandheelkundige verrichtingen door een tandarts, inclusief bijbehorende tandtechniekkosten.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

de kosten zijn door een tandarts gedeclareerd met een UPT-tariefcode die begint met de letter 'P'.

2.34.4 Tandheelkundige hulp beperkt

Wij vergoeden de kosten van:

- a. periodiek preventief onderzoek, maximaal 1x per kalenderjaar (C11);
- c. incidenteel consulten (C13);
- d. schriftelijke medische anamnese (C22);
- e. röntgenonderzoek (X10, X21, X22, X24), niet vergoed wordt röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontie;
- f. chirurgische tandheelkundige zorg (codes beginnen met de letter H)

door een tandarts, kaakchirurg of mondhygiënist.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. dat de kosten door een tandarts, kaakchirurg of mondhygiënist zijn gedeclareerd;
2. Als de verrichtingen zijn uitgevoerd en gedeclareerd door een vrijgevestigde mondhygiënist (dit is een mondhygiënist die voor eigen rekening en verantwoordelijkheid praktijk uitoefent), dan vergoeden wij de kosten alleen als:
 - wij met deze mondhygiënist een overeenkomst hebben gesloten ten behoeve van onze verzekerden; en
 - de mondhygiënist verrichtingen toepast, die binnen de overeenkomst zijn toegestaan; en
 - de tarieven die de mondhygiënist declareert niet hoger zijn dan de overeengekomen tarieven.

2.34.5 Uitsluitingen

De volgende kosten vergoeden wij niet:

- a. kosten van behandelingen of zelfstandige leveringen door tandtechnici (niet tandprotheticici), tandtechnische laboratoria of instituten en tandheelkundige inrichtingen;
- b. kosten die gedeclareerd zijn door een tandprotheticus die geen overeenkomst met ons heeft gesloten ten behoeve van onze verzekerden;
- c. kosten die gedeclareerd zijn door een tandprotheticus met wie geen tarieven zijn afgesproken;
- d. kosten die gedeclareerd zijn door een tandprotheticus en die hoger zijn dan de tarieven die met ons zijn afgesproken.

2.35 Tandheelkundige hulp voor kinderen

2.35.1 Tandheelkundige behandeling

Wij vergoeden de kosten van:

- a. tandheelkundige behandelingen door een tandarts;
- b. tandheelkundige behandelingen door een erkende dienst voor jeugdtandverzorging.

2.35.2 Uitsluiting

Kosten voor orthodontische behandelingen bij kinderen vergoeden wij niet op grond van dit artikel (zie hiervoor artikel 2.33).

2.35.3 Tandheelkundige behandelingen bij kinderen met een lichamenlijk of verstandelijk gebrek

Wij vergoeden de kosten van behandeling, als hiervoor in verband met een lichamenlijk of verstandelijk gebrek een langere tijdsduur nodig is dan normaal het geval is.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
2. de verzekerde heeft geen aanspraak op een vergoeding van tandheelkundige behandeling uit de AWBZ.

2.36 Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

2.36.1 Tandheelkundige behandeling

Wij vergoeden de kosten van tandheelkundige behandeling in bijzondere gevallen. Namelijk als sprake is van een zeer ernstige functiestoornis van het kauwstelsel door een lichamenlijke aandoening of een aangeboren of opgelopen tandheelkundige afwijking. Het recht op vergoeding bij deze

zeer ernstige afwijkingen staat in de door ons vastgestelde Regeling Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen. Deze regeling maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden. U kunt deze Regeling opvragen. Neem daarvoor contact op met OZ. Wij sturen u dan een exemplaar toe.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

wij hebben u vooraf toestemming gegeven. Wij kunnen aan die toestemming aanvullende voorwaarden stellen.

2.36.2 Uitsluiting

Kosten voor orthodontische behandelingen vergoeden wij niet op grond van dit artikel (zie hiervoor artikel 2.33).

2.37 Tandheelkundige implantaten

2.37.1 Tandheelkundige implantaten door een kaakchirurg

Wij vergoeden de kosten van het honorarium van de kaakchirurg en de bijkomende kosten (klinisch of poliklinisch) die verband houden met het inbrengen van tandheelkundige implantaten in de kaak.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de implantaten worden ingebracht in een ernstig gesloten, geheel tandenloze kaak; en
2. de implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese; en
3. de implantaten worden ingebracht door een kaakchirurg; en
4. wij hebben u vooraf toestemming gegeven voor de behandeling. Dat doen wij op basis van een gemotiveerd behandelingsplan dat u ons heeft opgestuurd. Wij geven u geen toestemming als de behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

2.37.2 Uitsluitingen

De volgende kosten vergoeden wij niet:

- a. andere kosten dan die genoemd zijn in 2.36.1 die verband houden met het inbrengen van tandheelkundige implantaten in de kaak;
- b. kosten van het vervaardigen en aanbrengen van de mesonstructuur die de tandarts op implantaten maakt, vergoeden wij niet op grond van dit artikel. (Deze vergoeden wij op grond van artikel 2.34 'Tandheelkundige hulp algemeen');
- c. ook de kosten van het vervaardigen en leveren van de gebitsprothese op implantaten vergoeden wij niet op grond van dit artikel. (Deze vergoeden wij op grond van artikel 2.34 'Tandheelkundige hulp algemeen' en/of artikel 2.39 'Gebitsprotheses').

2.38 Tandheelkundige kosten na een ongeval

Wij vergoeden tandheelkundige kosten welke direct het gevolg zijn van een ongeval.

2.39 Gebitsprotheses

2.39.1 Volledige prothetische voorziening voor de onder- en/of de bovenkaak (kunstgebit)

Wij vergoeden de kosten van vervaardiging en levering van een nieuwe, uitneembare volledige prothetische voorziening van de boven- en/of onderkaak, wel of niet op implantaten, inclusief de bijbehorende techniekkosten.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. (indien het een prothese op implantaten betreft:) de kosten zijn gedeclareerd door een tandarts;
2. (indien het een prothese niet op implantaten betreft:) de kosten zijn gedeclareerd door een tandarts of een tandprotheticus;

als de kosten worden gedeclareerd door een tandprotheticus, dan vergoeden wij de kosten alleen als:

- wij met deze tandprotheticus een overeenkomst hebben gesloten ten behoeve van onze verzekerden; en
- deze tandprotheticus verrichtingen toepast die binnen die overeenkomst vallen; en
- de kosten die de tandprotheticus declareert, niet hoger zijn dan de tarieven die in de overeenkomst zijn vastgelegd.

2.39.2 Weer passend maken van volledige prothetische voorziening voor de onder- en/of de bovenkaak (kunstgebit)

Wij vergoeden de kosten van het weer passend maken (rebasen) of repareren van een uitneembare volledige prothetische voorziening van de boven- en/of onderkaak, wel of niet op implantaten, inclusief de bijbehorende techniekkosten.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de kosten zijn gedeclareerd door een tandarts of een tandprotheticus;
2. als de kosten worden gedeclareerd door een tandprotheticus, dan vergoeden wij de kosten alleen als:
 - wij met deze tandprotheticus een overeenkomst hebben gesloten ten behoeve van onze verzekerden; en
 - deze tandprotheticus verrichtingen toepast die binnen die overeenkomst vallen; en
 - de kosten die de tandprotheticus declareert, niet hoger zijn dan de tarieven die in de overeenkomst zijn vastgelegd.

2.40 Verloskundige hulp, kraamzorg en kraamzorguitkering

2.40.1 Bevalling met medische noodzaak in een ziekenhuis

Als u voor een bevalling uit medische noodzaak in het ziekenhuis moet worden opgenomen, vergoeden wij u de daaraan verbonden kosten volgens de artikelen over:

- a. opname en medisch specialistische zorg in een ziekenhuis (artikel 2.2);
- b. ziekenhuisverpleging in de hogere klassen (artikel 2.3);
- c. medisch specialistische zorg niet in een ziekenhuis (artikel 2.10);
- d. ziekenvervoer (artikel 2.32);
- e. huisarts (artikel 2.44).

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

de voorwaarden die gesteld worden aan vergoeding volgens de genoemde artikelen.

2.40.2 Bevalling in een ziekenhuis, kraaminrichting of polikliniek zonder medische noodzaak of een bevalling thuis

Als u voor een bevalling zonder medische noodzaak in het ziekenhuis of een kraaminrichting moet worden opgenomen of als u thuis of poliklinisch bevalt, vergoeden wij de kosten van:

- a. het gebruik van de verloskamer, als u in het ziekenhuis of een kraaminrichting bevalt;
- b. de inschrijving, intake en partusassistentie, als u thuis bevalt;
- c. het honorarium voor verloskundige hulp dat door de huisarts of verloskundige in rekening wordt gebracht (inclusief voor- en nazorg);
- d. direct op de bevalling aansluitende kraamzorg.

Voorwaarden voor de vergoeding van kraamzorg zijn:

1. u vraagt de kraamzorg bij voorkeur vijf maanden (maar uiterlijk drie maanden) vòòr de verwachte bevallingsdatum aan. Bel hiervoor OZ;
2. de kraamzorg wordt verleend door een instelling waarmee wij een overeenkomst voor kraamzorg hebben afgesloten.

2.40.3 Keuze tussen kraamzorg of kraamzorguitkering bij een bevalling in een ziekenhuis, kraaminrichting of polikliniek zonder medische noodzaak of een bevalling thuis

Als u thuis bevult of zonder medische noodzaak bevult in een ziekenhuis, kraaminrichting of polikliniek, kunt u in plaats van kraamzorg zoals bedoeld in artikel 2.40.2.d. ook een kraamzorguitkering aanvragen. U moet een keuze maken tussen kraamzorg en een kraamzorguitkering en ons vooraf van die keuze op de hoogte stellen. Ook is een combinatie van kraamzorg en een kraamzorguitkering mogelijk. U kunt dit doen via de afdeling Zorgaanvragen Particulier.

2.40.4 Kraamzorg of kraamzorguitkering bij een bevalling met medische noodzaak in een ziekenhuis

Als u met medische noodzaak in het ziekenhuis bevallen bent, verzorgen wij, zodra u uit het ziekenhuis ontslagen bent, direct aansluitend de kraamzorg voor het resterend aantal dagen. U weet op hoeveel uren kraamzorg u in totaal recht heeft volgens de afspraak die u van tevoren met OZ heeft gemaakt. Wij trekken daar voor elke dag dat u in het ziekenhuis heeft gelegen, het aantal uren van af dat u anders kraamzorg zou hebben gehad. De overblijvende uren verzorgen wij de kraamzorg bij u thuis.

Heeft u vooraf niet voor kraamzorg maar voor een kraamzorguitkering gekozen, dan geven wij u een gedeeltelijke kraamzorguitkering. Wij trekken namelijk dat deel van de kraamzorguitkering af, dat overeenkomt met de tijd die u in het ziekenhuis heeft gelegen en die het ziekenhuis voor u in rekening brengt.

Toelichting 1:

U bevult met medische noodzaak in het ziekenhuis. Voor de bevalling heeft u met OZ afgesproken dat u 8 dagen lang 8 uur per dag kraamzorg krijgt na de bevalling (= 64 uur kraamzorg). Na de bevalling blijft u nog drie verpleegdagen in het ziekenhuis. U heeft nu nog recht op 5 dagen lang 8 uur kraamzorg (= 40 uur kraamzorg).

Toelichting 2:

U bevult met medische noodzaak in het ziekenhuis. Voor de bevalling heeft u met OZ afgesproken dat u geen kraamzorg wil, maar kiest voor een kraamzorguitkering. De uitkering bedraagt € 175,- per dag in de Lijfpolis Overstap en dat over 8 dagen. Na de bevalling blijft u nog twee dagen in het ziekenhuis. U heeft hierna recht op een kraamzorguitkering over zes dagen (= 6 X € 175,- = € 1.050,-).

2.40.5 Hoogte van de kraamzorguitkering of aantal uren kraamzorg

Bij de berekening van de hoogte van de kraamzorguitkering of het aantal uren kraamzorg:

- a. beschouwen wij de dag dat u in een ziekenhuis bevult als verpleegdag. Bevult u echter poliklinisch en wordt u daarvoor slechts één verpleegdag in rekening gebracht, dan beschouwen wij deze dag niet als verpleegdag. Uw kraamzorguitkering of aantal uren kraamzorg worden in dat geval niet verminderd;

- b. is het aantal geboren kinderen niet van belang;
- c. beschouwen wij de laatste dag die door het ziekenhuis voor u in rekening is gebracht niet als verpleegdag als u ontslagen bent voor 18:00 uur.

2.40.6 Couveuse nazorg

Wij vergoeden de kosten van couveuse nazorg.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de couveuse nazorg wordt verleend door een kraamcentrum waarmee wij een contract hebben afgesloten of dat wij hebben aangewezen;
2. de couveuse nazorg heeft als doel dat de moeder het pasgeboren kind zelfstandig leert verzorgen;
3. de moeder van het kind is bij ons verzekerd;
4. het kind heeft ten minste acht dagen in de couveuse gelegen.

2.40.7 Poliklinische bevalling in een 'open'

verloskamer

Wij vergoeden de kosten van het gebruik van de ('open') verloskamer van een ziekenhuis.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

de bevalling wordt begeleid door een vrijgevestigde verloskundige of huisarts.

2.41 Niet van toepassing

2.42 Kraampakket en buzzerservice

2.42.1 Gratis kraampakket

U heeft recht op een gratis kraampakket. U kunt dit pakket twee maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum bij ons aanvragen. Neem daarvoor contact op met OZ. Wij zorgen ervoor dat u het pakket enkele weken voor uw vermoedelijke bevallingsdatum thuisbezorgd krijgt via een instelling waarmee wij hierover een overeenkomst hebben gesloten.

2.42.2 Buzzerservice

U kunt 5 weken voor de uitgerekende bevallingsdatum een buzzer (pieper) in bruikleen krijgen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. u (de moeder of de vader) bent bij ons verzekerd.
2. u dient daarvoor uiterlijk 6 weken voor de uitgerekende bevallingsdatum een aanvraag in te dienen bij de OZ;

Bijzonderheden:

- *Wij kunnen vragen naar een zwangerschapsverklaring van huisarts, verloskundige of gynaecoloog;*
- *Eén week na de bevalling dient de buzzer te worden geretourneerd aan ons of per post aan de buzzerservice.*

2.43 Thuiszorg, verpleegkundige zorg of gezinszorg

2.43.1 Thuiszorg

Wij vergoeden in aanvulling op de AWBZ de kosten van thuiszorg door een verpleegkundige of ziekenverzorger bij u thuis.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de thuiszorg is voorgeschreven door een arts;
2. de thuiszorg bekort of vervangt een medisch noodzakelijk verblijf in het ziekenhuis waarvan de kosten voor onze rekening zouden komen;
3. wij hebben u vooraf toestemming gegeven op basis van een door ons goedgekeurd zorgplan. Als wij u toestemming geven, kunnen wij daaraan nadere voorwaarden verbinden. Die voorwaarden kunnen o.a. betrekking hebben op de aard en de omvang van de zorg en op de zorgverlenende instantie zelf.

2.44 Huisarts

2.44.1 Hulp door een huisarts en laboratorium-onderzoek op zijn verzoek

Wij vergoeden de kosten van:

- consulten van een huisarts;
- geneeskundige hulp door een huisarts;
- laboratoriumonderzoeken die door een huisarts of op diens verzoek door daartoe bevoegde derden worden uitgevoerd.

2.44.2 Uitsluitingen

Wij vergoeden niet:

- visites van de huisarts terwijl u in het ziekenhuis, een psychiatrische inrichting, sanatorium of herstellingsoord bent opgenomen;
- keuringskosten;
- kosten van behandelingen of prestaties die niet medisch noodzakelijk zijn.

2.45 Vruchtbaarheidbevorderende behandelingen, sterilisatie, refertilisatie en abortus

2.45.1 Vruchtbaarheidbevorderende behandelingen

Wij vergoeden de kosten van:

- operatieve ingrepen;
- hormoonbehandeling;
- kunstmatige inseminatie.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- de behandeling vindt plaats in een ziekenhuis;
- wij hebben u vooraf (schriftelijk) toestemming gegeven.

2.45.2 In vitro fertilisatie (IVF)

Wij vergoeden de kosten van een in vitro fertilisatie behandeling (IVF) in een ziekenhuis dat daarvoor een vergunning heeft.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- u heeft een algemeen geaccepteerde medische indicatie voor een in vitro fertilisatie behandeling;
- wij hebben u vooraf (schriftelijk) toestemming gegeven. Wij kunnen aan deze toestemming aanvullende voorwaarden stellen.

2.45.3 Refertilisatie

Wij vergoeden de kosten van het ongedaan maken van een vrijwillig ondergane sterilisatie.

2.45.4 Sterilisatie

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie.

Bijzonderheden:

Bij sterilisatie van de man tot maximaal het bedrag van een poliklinische behandeling.

2.45.5 Abortus

Wij vergoeden de kosten van een abortus.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- uitgevoerd door een medisch specialist;
- in een ziekenhuis of Zelfstandig Behandeling Centrum (ZBC).

2.46 Second opinion

2.46.1 Second opinion

Als uw behandelend arts u een bepaalde behandeling voorstelt en u hierover een andere arts raadpleegt vergoeden wij de kosten van de consulten bij die andere arts.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- de kosten van de behandelende arts vallen onder de dekking van uw verzekering.
- de raadpleging vindt plaats op voorschrift van een huisarts of specialist.

2.46.2 Uitsluiting

Wij vergoeden de kosten niet als het gaat om een behandeling van een tandarts of kaakchirurg.

2.46.3 Second opinion bureau

Wij vergoeden de kosten voor advies van een second opinion bureau.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- de raadpleging vindt plaats op voorschrift van een huisarts dan wel de tandarts;
- het second opinion bureau is door ons geaccepteerd, omdat het naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt.

2.47 Preventie

2.47.1 Preventieve onderzoeken

Ter voorkoming van een ziekte, vergoeden wij de kosten van:

- een cholesteroltest door een arts;
- onderzoek naar borstkanker en baarmoederhalskanker door een arts;
- onderzoek van hart en bloedvaten;
- onderzoek naar prostaatkanker bij mannen boven de 45 jaar.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

het preventieve onderzoek is voorgeschreven door een arts.

2.47.2 Preventieve injecties

- een injectie tegen rode hond (rubella);
- een injectie tegen griep (influenza);
- een injectie tegen tetanus;
- een injectie tegen hondsdolheid (rabiës).

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

de preventieve injectie is voorgeschreven door een arts.

2.47.3 Kosten vaccin en medicatie buitenland

Ter voorkoming van ziekte, vergoeden wij de kosten van:

- tabletten tegen malaria en tyfus, en
- injectievloeistof tegen difterie, tetanus, polio, hepatitis A, cholera, gele koorts en tyfus;

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- door de GGD, het Havenziekenhuis te Rotterdam of de Travelclinic (Schipholservice) Amsterdam is de vaccinatie en/of medicatie geadviseerd.
- door de betreffende landen en/of door het Landelijk Coördinatiecentrum Reisadviesing (LCR) is de vaccinatie en/of medicatie geadviseerd.

2.47.4 Uitsluitingen

De volgende kosten vergoeden wij niet:

- het consult in verband met de vaccinatie;
- de receptkosten voor het vaccin of het verkrijgen van medicatie, in verband met de medicatie;
- kosten voor het vaccinatieboekje;
- zelfzorgmiddelen.

2.48 Bezoekkosten

2.48.1 Reiskosten voor ziekenbezoek

Wij vergoeden de reiskosten van ziekenbezoek aan de opgenomen verzekerde, bij bezoek door een inwonend gezinslid. Ook vergoeden wij de reiskosten van ziekenbezoek door de verzekerde van een bij OZ verzekerd gezinslid.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- er is sprake van een minimale opnameduur van 14 aaneengesloten dagen;
- u woont in Nederland en het gezinslid is opgenomen in een revalidatie-inrichting of (psychiatrisch) ziekenhuis in

Nederland gelegen op meer dan 40 kilometer van de eigen woonplaats; of

3. u woont in Zeeuws-Vlaanderen en bent opgenomen in het St. Jan te Brugge (B) of het Universitair Ziekenhuis te Gent (B);
4. de afstand tussen uw wettelijke woonadres en het ziekenhuis over de meest gebruikelijke weg is minimaal 40 kilometers.

Bijzonderheden:

- maximaal wordt één bezoek per twee opnamedagen vergoed gedurende maximaal 1 jaar;
- vergoed wordt een vast bedrag per kilometer, ongeacht het vervoermiddel (openbaar vervoer; taxi of eigen vervoer), op basis van de werkelijke reisafstand, te bepalen aan de hand van een door OZ gebruikte routeplanner en op basis van een ingediend kostenoverzicht.
- indien u gebruik maakt van bezoekkosten zijn logeerkosten volgens artikel 2.48.3 uitgesloten van vergoeding.

2.48.2 Reiskosten voor ziekenbezoek bij opname in Astmacentrum Davos

Wij vergoeden u de reiskosten van ziekenbezoek aan een bij de maatschappij verzekerd inwonend gezinslid opgenomen in het Nederlands Astma Centrum te Davos (N.A.D).

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

wij hebben u vooraf toestemming gegeven. Wij kunnen aan die toestemming aanvullende voorwaarden stellen.

Bijzonderheden:

De vergoeding bedraagt 75 % van de kosten van vervoer per trein, laagste klasse, voor maximaal twee personen eenmaal per jaar.

2.48.3 Logeerkosten

Wij vergoeden de kosten van een verblijf 's nachts in een logeershuis van u en uw inwonende gezinsleden voor maximaal 2 personen conform het in het Vergoedingenoverzicht vastgestelde aantal nachten per jaar.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. het logeershuis is verbonden aan een in Nederland gelegen revalidatie-inrichting of ziekenhuis;
2. u of het gezinslid wordt opgenomen in die revalidatie-inrichting of in dat ziekenhuis gelegen op meer dan 40 kilometer van de eigen woonplaats;
3. de opname duur is langer dan 14 aaneengesloten dagen;

Bijzonderheden:

- de logeerkosten moeten gemaakt worden ten aanzien van een bij de maatschappij verzekerd gezinslid;
- indien u een vergoeding ontvangt voor logeerkosten, zijn bezoekkosten volgens artikel 2.48.1 uitgesloten van vergoeding.

2.49 Herstellingsoord

Wanneer u als somatische patiënt in een herstellingsoord bent opgenomen, vergoeden wij u een bedrag per dag.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
2. u heeft bij ons een verzoek ingediend voor de uitkering van het bedrag.

2.50 Therapeutisch kamp

Wij vergoeden de kosten van deelname aan een therapeutisch kamp door verzekerden jonger dan 18 jaar.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
2. de verzekerde lijdt aan Astma, C.O.P.D. of diabetes mellitus;
3. het kamp wordt georganiseerd door een door ons erkende representatieve vereniging of instelling ter behartiging van de belangen van deze patiënten;
4. het therapeutisch kamp is gelegen in Nederland.

Toelichting:

Het Nederlands Astma Fonds en de Nederlandse Diabetes Federatie zijn voorbeelden van instellingen die door ons erkend zijn.

2.51 Cursussen, lidmaatschap patiëntenvereniging en fitness

2.51.1 Cursussen

Wij vergoeden de kosten van cursussen die gericht zijn op het verbeteren van uw gezondheid of waar u kunt leren omgaan met uw ziekte. Het betreft hier de volgende cursussen:

- a. stoppen met roken;
- b. Shantala babymassage;
- c. EHBO voor ouders met kinderen;
- d. meer bewegen voor chronisch zieken of ouderen;
- e. slank en fit;
- f. postnatale gymnastiek.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. u overhandigt ons een bewijs van deelname;
2. de cursus wordt gegeven door een thuiszorgorganisatie.

Bijzonderheden:

- bedragen minder dan € 12,- worden niet vergoed;
- de vergoeding bedraagt niet meer dan de cursusprijs.

2.51.2 Lidmaatschap patiëntenvereniging

Wij vergoeden éénmalig gedurende de looptijd van de verzekering het lidmaatschap van een patiëntenvereniging.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. u overhandigt ons een bewijs van lidmaatschap of deelname;
2. uitsluitend in het jaar dat u lid wordt van een patiëntenvereniging.

2.51.3 Fitness

Wij vergoeden éénmalig gedurende de looptijd van de verzekering een vast bedrag ten behoeve van de inschrijfkosten voor een beweegprogramma (bijvoorbeeld fitness of preventieve training).

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. u overhandigt ons een bewijs van lidmaatschap of deelname;
2. uitsluitend in het jaar dat u lid wordt of voor het eerst deelneemt aan het beweegprogramma;
3. bij een centrum, aangesloten bij de organisatie Physiopoint, Fysiosport of Inter-Actionpoint.

2.52 Sportmedisch advies

Wij vergoeden de kosten van een blessure consult door een sportarts die aangesloten is bij een SMA.

2.53 Dieetadvisering

2.53.1 Dieetadvisering

Wij vergoeden de kosten van dieetadviezen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de advisering is voorgeschreven door een arts;
2. het advies wordt gegeven door een diëtist aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van diëtisten;
3. de diëtist werkt volgens de Artsenwijzer Diëtiëk.

2.53.2 Uitsluitingen

De kosten van de volgende middelen - ook al worden deze door de diëtist voorgeschreven - vergoeden wij niet op grond van dit artikel:

1. voedingsmiddelen;
2. dieetvoeding voor medisch gebruik.

2.54 Organisatie van hulpverlening in het buitenland

Bij een tijdelijk verblijf in het buitenland vergoeden wij de kosten van organisatie van spoedeisende hulpverlening door SOS International die betrekking heeft op:

- a. het vervoer van de overleden verzekerde van de plaats van overlijden naar een ziekenhuis of naar zijn wettelijke of woonadres in Nederland;
- b. het vervoer, inclusief de noodzakelijke medische begeleiding, van een zieke of gewonde verzekerde van de plaats van ziekte of ongeval naar een ziekenhuis of naar zijn wettelijke woonadres in Nederland;
- c. toezending van geneesmiddelen en hulpmiddelen naar de plaats van ziekte, ongeval of behandeling.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. er is sprake van ernstige ziekte, ernstig letsel door een ongeval of overlijden van een verzekerde;
2. de hulpverlening is voorgeschreven door een arts;
3. de toezending van geneesmiddelen en hulpmiddelen is spoedeisend en medisch noodzakelijk en er is ter plaatse geen bruikbaar alternatief ter beschikking.

Bijzonderheden:

als de toezending van geneesmiddelen of hulpmiddelen geannuleerd wordt, vergoeden wij de kosten niet; kosten van vervoer; douaneheffingen, retourvracht en aankoop van o.a. geneesmiddelen en hulpmiddelen vergoeden wij niet.

2.55 Zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland

2.55.1 U verblijft tijdelijk in het buitenland en krijgt spoedeisende zorg, die in Nederland ook onder de dekking van uw verzekering(en) valt

Wij vergoeden de kosten die u maakt tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de zorg die u in het buitenland krijgt, is spoedeisend;
2. de zorg die u in het buitenland krijgt, is medisch noodzakelijk;
3. de zorg die u in het buitenland krijgt, valt onder de dekking van uw verzekering(en) (u zou recht hebben op vergoeding als de zorg in Nederland was gegeven);
4. het gedeclareerde bedrag is in overeenstemming met de tarieven die gelden in het land waar u tijdelijk verblijft.

2.55.2 U verblijft tijdelijk in het buitenland en krijgt spoedeisende zorg, die in Nederland niet onder de dekking van uw verzekering(en) valt

Wij vergoeden de kosten die u maakt tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland en die voortvloeien uit:

- a. een tandheelkundige behandeling door een tandarts;
- b. het terug naar huis brengen van de zieke verzekerde (repatriëring) in een ambulance, taxi of huurauto door SOS International. Na overleg met ons kunt u ook van een ander vervoermiddel gebruik maken als wij u daarvoor toestemming geven;
- c. de aankoop en toezending door SOS International van dringend voorgeschreven geneesmiddelen die u ter plaatse niet kunt krijgen;

- d. het overmaken van geld zodat u een medische behandeling die onder de dekking van uw verzekering valt, kunt betalen;
- e. gebruik van telecommunicatiemiddelen (zoals fax, telefoon, e-mail en internet);
- f. begeleiding door een gezinslid van een zieke verzekerde die op grond van bepaling 2.55.2.b terug naar huis gebracht (gerepatriëerd) wordt;
- g. alléén voor verzekerden met een Standaardpakketpolis: de verleende zorg die volgens de Wet op de Toegang tot de Ziektekostenverzekering (WIZ) onder de dekking van de Standaardpakketpolis (SPP) valt, maar die volgens de wet voor een kleinere vergoeding in aanmerking komt omdat u tijdelijk in het buitenland verbleef;
- h. vervoer van het stoffelijk overschot van de verzekerde uit het buitenland naar Nederland.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de zorg die u in het buitenland krijgt, is spoedeisend;
2. de zorg die u in het buitenland krijgt, is medisch noodzakelijk;
3. het gedeclareerde bedrag is in overeenstemming met de tarieven die gelden in het land waar u tijdelijk verblijft.

2.55.3 U bent gedetacheerd in het buitenland en krijgt zorg, die in Nederland niet onder de dekking van uw verzekering(en) valt

Wij vergoeden de kosten die u maakt in het buitenland en die voortvloeien uit:

- a. een medisch noodzakelijke komst van familieleden uit Nederland;
- b. vervoer van het stoffelijk overschot van een in het buitenland gedetacheerde verzekerde of van zijn gezinslid, vanuit het land waar u gedetacheerd bent naar Nederland;
- c. psychiatrische hulp door een psychiater of zenuwarts. De omvang van de hulp moet in het betreffende land in de kring van beroepsgenoten gebruikelijk zijn;
- d. psychotherapie door een psychotherapeut. De omvang van de hulp moet in het betreffende land in de kring van beroepsgenoten gebruikelijk zijn;
- e. opname en verblijf, onderzoek, behandeling en verpleging in een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de zorg die u in het buitenland krijgt, is medisch noodzakelijk;
2. het gedeclareerde bedrag is in overeenstemming met de tarieven die gelden in het land waar u gedetacheerd bent.

2.55.4 U gaat naar een andere EU-lidstaat (tijdelijk verblijf) en krijgt daar niet-spoedeisende zorg, die in Nederland ook onder de dekking van uw verzekering(en) valt

Wij vergoeden de kosten die u maakt (bij een tijdelijk verblijf) in een van de andere lidstaten van de Europese Unie (EU).

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de zorg die u in het buitenland krijgt, is medisch noodzakelijk;
2. de zorg die u in het buitenland krijgt, valt onder de dekking van uw verzekering(en) (u zou recht hebben op vergoeding als de zorg in Nederland was gegeven);

3. het gedeclareerde bedrag is niet hoger dan het tarief dat geldt in het land waar u tijdelijk verblijft.
4. de zorg die u in het buitenland krijgt, is niet duurder dan in Nederland (u heeft recht op dezelfde vergoeding als wanneer de zorg in Nederland was gegeven);
5. als de zorg in het buitenland bestaat uit opname en medisch specialistische zorg in een ziekenhuis (artikel 2.2) of uit medisch specialistische zorg niet in een ziekenhuis (artikel 2.10) moeten deze zorgverleners en ziekenhuizen een overeenkomst met ons hebben gesloten. Als zij dat niet hebben gedaan, moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven;
6. het ziekenvervoer in het buitenland is niet duurder dan in Nederland (als de zorg in Nederland was gegeven en daarvoor ziekenvervoer tussen uw woonplaats en de dichtstbijzijnde plaats van behandeling in Nederland zou hebben plaatsgevonden).

Toelichting:

De kosten van medische zorg in het buitenland kunnen fors hoger zijn dan in Nederland. In veel gevallen weten wij hoe hoog die voor specifieke behandelingen kunnen zijn. Weten wij dat niet, dan kunnen wij dat opvragen. Wij kunnen u ook informeren over de inhoud van de buitenlandse zorg. Wij hebben hierover afspraken gemaakt met zorgverleners en zorginstellingen in het buitenland (bijvoorbeeld België en Duitsland). U kunt van onze kennis en ervaring gebruik maken en er uw voordeel mee doen. Als u dus van plan bent u in het buitenland te laten behandelen, raden wij u aan vooraf met ons contact op te nemen over de zorg in het buitenland en de exacte hoogte van de vergoeding.

2.56 Reiskosten gezonde moeder

Wij vergoeden de reiskosten van u (de moeder) die u maakt voor eigen vervoer of taxi, als uw kind is opgenomen in een ziekenhuis en borstvoeding krijgt.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. u (de moeder) bent bij ons verzekerd (uw kind hoeft niet bij ons verzekerd te zijn); en
2. de ziekenhuisopname van uw kind is voorgeschreven door een arts; en
3. u (de moeder) bent niet opgenomen in het ziekenhuis; en
4. wij hebben u vooraf toestemming gegeven; en
5. uw kind is jonger dan drie maanden en krijgt borstvoeding.

Bijzonderheden:

Als u (de moeder) dat wenst, kunt u in plaats van op en neer te reizen ook worden opgenomen in het ziekenhuis. U (de moeder) mag er ook voor kiezen om deels opgenomen te worden en deels te reizen. Zie artikel 2.2.3.

2.57 Ergotherapie

Wij vergoeden de kosten van ergotherapie gegeven door een ergotherapeut. Onder ergotherapie verstaan we:

- a. het adviseren, instrueren, trainen of behandelen van de verzekerde patiënt;
- b. het adviseren, instrueren en trainen van de mantelzorg(s);
- c. De ergotherapie vindt plaats in de directe omgeving van de verzekerde. De bedoeling is dat de verzekerde (beter) voor zichzelf kan zorgen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de behandeling is voorgeschreven door een huisarts of specialist;
2. de behandeling wordt gegeven in de behandelruimte van de ergotherapeut of bij de verzekerde thuis;
3. de ergotherapeut werkt zelfstandig (vrijgevestigd) of in een instelling die door ons is erkend.

2.58 Kuurreis

2.58.1 Kuurreis naar Hongarije

Wij vergoeden de kosten van behandeling in een door ons erkend kuuroord.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. u lijdt aan een ernstige vorm van de ziekte van Bechterew, arthrosis of reumatoïde artritis;
2. de behandeling is voorgeschreven door een arts;
3. wij hebben u vooraf toestemming gegeven. Wij kunnen aan die toestemming aanvullende voorwaarden verbinden.

2.58.2 Uitsluiting

De reiskosten van en naar het vliegveld worden niet vergoed.

2.59 Verhaalsbijstand

Wij vergoeden de kosten van verhaalsbijstand, zowel in als buiten rechte:

- a. verzekerden kunnen gebruik maken van verhaalsbijstand bij het verhalen van de door de verzekerden geleden letselschade en/of inkomensderving, ten gevolge van een ongeval in Nederland, met uitzondering van schade voortvloeiende uit medische kunstfouten en geweldsmisdrijven;
- b. de bijstand zal worden verleend zowel in als buiten rechte en omvat alle gerechtelijke en buiten gerechtelijke kosten met uitzondering van de kosten van getuigen

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

De verhaalsbijstand wordt alleen verleend:

1. in Nederland;
2. indien er sprake is van een wettelijk aansprakelijke derde of een derde die naar burgerlijk recht aansprakelijk is;
3. indien de verzekerde voor (een deel van) de schade aanspraak heeft op een uitkering op grond van de Ziekenfondswet, de hoofd- of aanvullende verzekering of AWBZ;
4. indien er sprake is van een ongeval tijdens de duur van de verzekering.
5. door een door de maatschappij daartoe gecontracteerd verhaalservicebureau of advocaat.

2.60 Ongevallenuitkering

Wij keren een bedrag ineens uit bij blijvende algehele invaliditeit ten gevolge van een ongeval van volwassenen en kinderen die op deze polis zijn verzekerd. De hoogte van dit bedrag is afhankelijk van de mate van invaliditeit.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de ongevallendeckking zoals hier wordt bedoeld is door ons volledig herverzekerd bij de verzekeraar De Amersfoortse;
2. beoordeling en vaststelling van invaliditeit is door ons uitbesteed aan De Amersfoortse;
3. De voorwaarden van gezinsongevallenverzekering van de Amersfoortse maken deel uit van de verzekeringsvoorwaarden. U kunt deze voorwaarden van gezinsongevallenverzekering bij ons aanvragen. Wij sturen u dan een exemplaar toe.
4. Recht op uitkering ontstaat als het ongeval gedurende de

looptijd van de verzekering heeft plaatsgevonden.

2.61 Bijzondere voedingsmiddelen

Wij vergoeden de kosten van medisch geïndiceerde vloeibare kant- en klare voeding bij terminale thuiszorg of medisch geïndiceerde sondevoeding bij thuisverpleging, inclusief toedieningssytemen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de behandeling is voorgeschreven door een arts;
2. wij hebben u vooraf toestemming gegeven, wij kunnen aan die toestemming aanvullende voorwaarden stellen.

2.62 Gezinshulp

Wij vergoeden in geval van opname in een ziekenhuis van de verzekerde of opname van een bij de maatschappij aanvullend verzekerde partner van 18 jaar of ouder een vast bedrag per dag.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. recht op vergoeding bestaat vanaf de vierde aaneengesloten opnamedag;
2. om voor vergoeding in aanmerking te komen, dient een volledig ingevuld schadeformulier 'Vergoeding gezinshulp' ingediend te worden.

2.63 Eigen bijdrage AWBZ

Wij geven een vergoeding voor de eigen bijdrage AWBZ voor zover het de kosten van eigen bijdrage van psychiater/psychotherapeut betreft.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. er bestaat recht op vergoeding krachtens de AWBZ;
2. wij hebben u vooraf toestemming gegeven.

2.64 Privé-kliniek

Wij vergoeden de kosten van een poliklinische ingreep of dagverpleging in een privé-kliniek tot maximaal het geldende CTG-tarief.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de opname en medisch specialistische zorg zijn voorgeschreven door een arts;
2. wij hebben u vooraf (schriftelijk) toestemming gegeven;
3. de behandeling dient te worden uitgevoerd door een specialist.

3. Grondslag van de verzekering

3.1 Grondslag van uw verzekering

3.1.1 Grondslagen

Uw verzekering is gebaseerd op:

- a. de inlichtingen en verklaringen die u (verzekeringnemer en/of verzekerden) bij het afsluiten van deze verzekering heeft verstrekt;
- b. het aanvraagformulier;
- c. de gezondheidsverklaring;
- d. eventuele keuringsrapporten;
- e. de polis en polisaanhangsels;
- f. de Polisvoorwaarden;
- g. het Vergoedingenoverzicht;
- h. ons AWBZ/Ziekenfondsreglement;
- i. het door ons vastgestelde Reglement hulpmiddelen.

Deze grondslagen van de verzekering bepalen samen uw rechten en plichten.

3.1.2 Contractspartij

Wij beschouwen alleen u (verzekeringnemer) als onze contractspartij bij deze verzekering.

Toelichting:

Alle verzekerden hebben recht op een vergoeding van de verzekerde kosten. Maar verzekerden die geen verzekeringnemer zijn, hebben niet het recht de verzekering op te zeggen of te verzoeken deze te wijzigen. Dit recht heeft alleen de verzekeringnemer; de contractspartij.

3.1.3 Recht

Op uw verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

3.2 Nietigverklaring

Als de inlichtingen en verklaringen die u (verzekeringnemer en/of verzekerde) bij het afsluiten van de verzekering heeft verstrekt onjuist of onvolledig blijken te zijn, kunnen wij de verzekering voor alle verzekerden die hieruit rechten kunnen ontleenen of hebben ontleend volledig nietig verklaren, alsof deze nooit bestaan heeft.

3.3 Geldigheid van de Polisvoorwaarden

Deze Polisvoorwaarden zijn van toepassing voor zover daarvan niet wordt afgeweken in:

- a. een bijkomende of collectieve overeenkomst zoals bedoeld onder punt i van artikel 3.1.1;
- b. het Vergoedingenoverzicht.

3.4 Selectie TandTop

De aanspraak op verstrekkingen in de uitbreiding van de aanvullende verzekering met de module TandTop geldt vanaf het moment van acceptatie. Selectie geschiedt op basis van een Eigen Verklaring, eventueel aangevuld met een tandheelkundige keuring door een tandarts.

3.5 Adres

Kennisgevingen door ons aan u geschieden rechtsgeldig aan uw laatst bij ons bekende adres.

3.6 Privacy

De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en eventuele nadere gegevens worden door ons verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en het beheren van daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en het uitvoeren van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand. Op deze verwerking van persoonsgegevens is de

gedragscode “Verwerking persoonsgegevens verzekeringsbedrijf” van toepassing. In deze gedragscode worden rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst van de gedragscode kunt u opvragen bij het informatiecentrum van het Verbond van Verzekeraars, Postbus 93450, 2509 AL Den Haag of downloaden van de site van het Verbond, www.verzekeraars.nl

4. Gezinsleden

4.1 Alle gezinsleden aanmelden voor de verzekering

- a. Alle personen die bij een verzekerd gezin horen en voor een verzekering in aanmerking komen, moeten bij ons voor de verzekering aangemeld worden. Dit geldt niet voor gezinsleden die in aanmerking komen voor een wettelijke verzekering of publiekrechtelijke regeling.
- b. U (verzekeringnemer) moet personen, die deel uitmaken of uit gaan maken van uw gezin binnen 30 dagen aanmelden voor de verzekering. Meldt u deze personen later aan, dan zijn zij pas verzekerd op het moment van aanmelding. Wij breiden de dekking voor deze personen niet met terugwerkende kracht uit.
- c. Voor kinderen, geboren tijdens de duur van deze verzekering en binnen 30 dagen na de geboorte ter verzekering aangemeld, geldt dat de verzekering van de geboorte af van kracht is, ongeacht eventuele aangeboren ziekten of afwijkingen.

4.2 Aantal premiebetalende kinderen

- a. Lijfpolis Overstapverzekering:
Voor maximaal 2 kinderen tot de 18-jarige leeftijd is premie verschuldigd. Voor kinderen die tijdens de duur van de verzekering de 18-jarige leeftijd bereiken is deze verzekering vanaf de eerste hoofdpremievervaldag niet meer van kracht. Aansluitend kunnen zij zonder selectie zelfstandig verzekerd worden op een afzonderlijke polis, tegen de bij hun leeftijd behorende premie en het daarbij behorende eigen risico.
- b. Lijfpolis Functioneel en Compleet:
Voor maximaal 3 kinderen tot de 20-jarige leeftijd is premie verschuldigd.
- c. Collectieve (Overstap)verzekering:
Per gezin is voor het in het contract of in het tariefblad bepaalde aantal kinderen tot 18 jaar, indien studierend tot 27 jaar, kinderpremie verschuldigd. Voor elk kind van 18 jaar en ouder wordt een kinderpremie in rekening gebracht.

5. Aanvang, duur en einde van de verzekering

WEGWIJZER BIJ EINDE OF WIJZIGING VAN DE VERZEKERING

Waar vindt u welke informatie?

- u wilt uw (aanvullende) verzekering opzeggen: lees artikel 5.2.1.
- u wilt uw (aanvullende) verzekering wijzigen: lees artikel 5.2.2.
- u wilt weten wanneer wij uw hoofdverzekering beëindigen voor alle verzekerden: lees artikel 5.2.3.
- u wilt weten wanneer wij uw aanvullende verzekering beëindigen voor alle verzekerden: lees artikel 5.2.4.
- u wilt weten wanneer wij uw hoofd- of aanvullende verzekering beëindigen voor één verzekerde: lees artikel 5.2.5.
- u wilt weten wat er gebeurt als u een nieuwe hoofdverzekering afsluit: lees artikel 5.2.6.

- u wilt weten welke bijzondere bepalingen gelden bij een collectieve verzekering: lees artikel 5.3.1. en 5.3.2.

5.1 Aanvang en duur van de verzekering

De verzekering gaat in op de datum die op uw polis vermeld staat. U sluit de verzekering voor minimaal een volledig jaar af. Dit geldt niet:

- a. als in een aanvullende overeenkomst of in een collectieve verzekering een andere geldigheidsduur is afgesproken;
- b. voor gezinsleden die tijdens de looptijd van uw verzekering op uw polis worden bijgeschreven. Hun verzekering loopt even lang als die van u.

Na de minimale geldigheidsduur verlengen wij de verzekering telkens stilzwijgend van jaar tot jaar tenzij u of wij de verzekering beëindigen. In artikel 5.2 leest u wanneer de verzekering beëindigd kan worden.

Toelichting 1:

Minimale verzekeringsduur. Stel: U meldt zich aan voor een verzekering met een minimale verzekeringsduur van één jaar. De verzekering gaat in op 1 september 2002. Het jaar loopt in dit geval van januari 2003 tot januari 2004. Dat betekent dat u minimaal tot januari 2004 bij ons verzekerd bent.

Toelichting 2:

(voor artikel 5.1.b.: minimale geldigheidsduur na bijschrijving van een gezinslid): Stel: U heeft een verzekering met een minimale verzekeringsduur van één jaar. De verzekering gaat in op 1 januari 2003. Dat is het eerste verzekeringsjaar. In oktober 2003 krijgt u een baby die u bijschrijft op uw verzekering. Op 1 januari 2004 begint de minimale geldigheidsduur van uw verzekering van voren af aan. Dat geldt zowel voor u als voor uw kind. Het jaar loopt in dit geval van januari 2004 tot januari 2005. Dat is het tweede verzekeringsjaar. Dat betekent dat u en uw kind dan minimaal tot 1 januari 2005 bij ons verzekerd zijn.

5.2 Einde of wijziging van uw particuliere (aanvullende) verzekering

5.2.1 U beëindigt de hoofdverzekering of aanvullende verzekering van alle verzekerden op de polis door

a. schriftelijke opzegging

Uw schriftelijke opzegging moet uiterlijk voor 1 november bij ons binnen zijn. Uw verzekering eindigt dan op 1 januari aanstaande. Houdt u zich niet aan deze opzegtermijn, dan eindigt uw verzekering een jaar later op 1 januari. Houdt u er rekening mee dat u wel aan de minimale geldigheidsduur van uw verzekering moet voldoen.

Toelichting:

Stel: U heeft een zorgverzekering afgesloten met een minimale geldigheidsduur van een jaar. De verzekering ging in op 1 september 2000. Op 1 januari 2002 is de minimale geldigheidsduur van de verzekering verstreken. Als u ons voor 1 november 2001 een schriftelijk bericht stuurt waarin u ons verzoekt de zorgverzekering stop te zetten, beëindigen wij de verzekering per 1 januari 2002.

b. schriftelijke opzegging bij een verandering van de voorwaarden (zie ook artikel 10 en 5.2.2.b.)

U kunt uw verzekering opzeggen als u het niet eens bent met een verandering van de voorwaarden zoals is beschreven in artikel 10. U moet ons dit binnen 30 dagen nadat wij

u van de verandering op de hoogte hebben gesteld, schriftelijk laten weten. De verzekering eindigt dan op het moment dat de verandering ingaat.

U kunt uw verzekering niet opzeggen als het gaat om een verandering van:

1. de voorwaarden of de premie als gevolg van overheidsbeleid of een wettelijke regeling;
2. de voorwaarden of de premie die uw rechten niet vermindert of uw plichten niet verzwaaert;
3. de premie en/of het eigen risico doordat u een bepaalde leeftijd bereikt en daardoor in een andere leeftijdsschijf terechtkomt;
4. de voorwaarden of de premie die geen betrekking heeft op de verzekering die u (verzekeringnemer) heeft afgesloten;
5. het eigen risico doordat er een nieuw jaar aanbreekt.

Toelichting:

Wij hebben het recht onze voorwaarden te veranderen. Zodra wij hebben besloten tot een verandering, sturen wij u hierover schriftelijk bericht. Als u het niet eens bent met de verandering heeft u meestal het recht uw verzekering te beëindigen, ook al is de minimale geldigheidsduur van uw verzekering nog niet verstreken. Stuur ons hierover binnen 30 dagen nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gesteld een schriftelijk bericht. Wij beëindigen uw verzekering dan op het moment dat de verandering ingaat.

5.2.2 U wijzigt de verzekering van alle verzekerden op de polis

a. schriftelijke opzegging

U kunt de verzekering van alle verzekerden op de polis wijzigen door ons hiervoor een schriftelijk verzoek te sturen. Dit verzoek moet voor 1 november bij ons binnen zijn. Als wij akkoord gaan, wijzigt uw verzekering op 1 januari aanstaande. Is uw verzoek na 1 december bij ons binnen dan wijzigt de verzekering, indien wij akkoord gaan, een jaar later op 1 januari. Uw verzekering wijzigt niet met terugwerkende kracht. Houdt u er rekening mee dat u pas het recht hebt om uw verzekering te wijzigen als de minimale geldigheidsduur van uw verzekering verstreken is.

b. schriftelijke opzegging bij een verandering van de voorwaarden (zie ook artikel 10 en 5.2.1.b.)

U kunt uw verzekering wijzigen als u het niet eens bent met een verandering van de voorwaarden zoals is beschreven in artikel 10. U moet ons dit binnen 30 dagen nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gesteld, schriftelijk laten weten. De lopende verzekering eindigt dan op het moment dat de verandering ingaat. Op dat moment gaat ook uw nieuwe verzekering in.

U kunt uw verzekering niet wijzigen als het gaat om een verandering van:

1. de voorwaarden of de premie als gevolg van overheidsbeleid of een wettelijke regeling;
2. de voorwaarden of de premie die uw rechten niet vermindert of uw plichten niet verzwaaert;
3. de premie en/of het eigen risico doordat u een bepaalde leeftijd bereikt en daardoor in een andere leeftijdsschijf terechtkomt;
4. de voorwaarden of de premie die geen betrekking heeft

op de verzekering die u (verzekeringnemer) heeft afgesloten;

5. het eigen risico doordat er een nieuw jaar aanbreekt.

5.2.3 Wij beëindigen de hoofdverzekering van alle verzekerden.

Wij beëindigen de hoofdverzekering van alle verzekerden:

- a. op het moment dat u (verzekeringnemer) een verzekering heeft afgesloten die alleen toegankelijk is voor mensen die in een bepaalde branche, sector, bedrijfstak of andere onderverdeling werken en u ophoudt hier te werken. Als u (verzekeringnemer) met uw werkzaamheden ophoudt doordat u arbeidsongeschikt wordt, vervroegd uittreedt of gebruik maakt van een wachtgeldregeling beëindigen wij de verzekering niet. Als u overlijdt, beëindigen wij de verzekering wel voor u, maar niet voor uw gezinsleden.
- b. als u (verzekeringnemer) uw premie niet betaalt of uw andere verplichtingen niet nakomt. Of als u (verzekeringnemer en/of verzekerde) zich tegenover ons schuldig maakt aan (een poging tot) oplichting, bedrog, dwang of bedreiging. Wij bepalen het moment waarop de verzekering in die gevallen beëindigd wordt.

5.2.4 Wij beëindigen de aanvullende verzekering van alle verzekerden.

Wij beëindigen de aanvullende verzekering van alle verzekerden in de volgende gevallen:

- a. uw hoofdverzekering eindigt. Op dat moment beëindigen wij de verzekeringen die hierop een aanvulling vormen.
- b. u (verzekeringnemer) sluit, nadat wij hiermee akkoord zijn gegaan, een andere aanvullende verzekering af. Wij beëindigen de lopende aanvullende verzekering op de ingangsdatum van uw nieuwe aanvullende verzekering. Een Aanvullende Klasseverzekering beëindigen wij in dit geval niet.
- c. u (verzekeringnemer) betaalt uw premie niet of komt uw andere verplichtingen niet na. Of u (verzekeringnemer en/of verzekerde) maakt zich tegenover ons schuldig aan (een poging tot) oplichting, bedrog, dwang of bedreiging. Wij bepalen het moment waarop in die gevallen de verzekering eindigt.
- d. niet alle leden van het gezin hebben dezelfde aanvullende verzekering. Wij bepalen het moment waarop de aanvullende verzekering eindigt. Een Aanvullende Klasseverzekering beëindigen wij in dit geval niet. Als niet alle gezinsleden een Aanvullende Verzekering TandTop verzekering hebben omdat één of meer gezinsleden daarvoor niet in aanmerking komen, blijft deze verzekering voor de overige gezinsleden wel voortbestaan.

Toelichting:

Wij hanteren het gezinsprincipe. Dit principe gaat ervan uit dat alle leden van een gezin op dezelfde wijze verzekerd zijn als zij hiervoor in aanmerking komen. Wil iemand uit een gezin met een Lijfpolis Overstap een Aanvullende Verzekering BasisPakket afsluiten, dan geldt dat hij die aanvullende verzekering voor het hele gezin af moet sluiten. Wilt u een aanvullende verzekering beëindigen, dan kan dit ook alleen voor het hele gezin.

5.2.5 Wij beëindigen de (aanvullende) verzekering van één verzekerde

Wij beëindigen de (aanvullende) verzekering van één verzekerde op het moment dat (één van) de volgende situaties zich voordoen:

- de verzekerde maakt feitelijk geen deel meer uit van het gezin van u (verzekeringnemer);
Deze personen hebben het recht zich aansluitend zonder selectie zelfstandig te verzekeren op dezelfde voorwaarden en tegen de op dat moment geldende premie voor volwassenen;
- het verblijf van de verzekerde in het buitenland kan volgens deze voorwaarden niet langer als tijdelijk worden aangemerkt, tenzij anders overeengekomen;
- de verzekerde wordt 65 jaar;
- de verzekerde wordt ingeschreven in een ziekenfondsverzekering of publiekrechtelijke regeling. Wij beëindigen de particuliere verzekering op het moment dat wij het definitieve bewijs van inschrijving in de ziekenfondsverzekering of publiekrechtelijke regeling ontvangen;
- er op basis van de Wet toegang tot ziektekostenverzekering recht ontstaat op een standaardpakketpolis.

Als (één van) bovenstaande situaties zich voordoen, moet u dit binnen 30 dagen schriftelijk aan ons melden.

5.2.6 Wijziging van de aanvullende verzekering bij het afsluiten van een nieuwe verzekering

Wanneer uw particuliere hoofdverzekering eindigt, kunt u bij ons, als wij hiermee akkoord gaan, direct aansluitend een nieuwe verzekering afsluiten. Vul hiervoor het aanmeldingsformulier in en stuur het naar ons op. U kunt op dit formulier aangeven of u uw bestaande aanvullende verzekering wilt behouden, wijzigen of beëindigen. Geeft u niets aan, dan schrijven wij u bij deze nieuwe verzekering automatisch in voor dezelfde aanvullende verzekering of een aanvullende verzekering die daar (bijna) gelijk aan is. Heeft u hiertegen bezwaren, dan moet u dit binnen 30 dagen na de ingangsdatum van uw nieuwe verzekering schriftelijk aan ons melden.

AANVULLENDE INFO VOOR COLLECTIEF VERZEKERDEN

5.3 Einde of wijziging van uw collectieve (aanvullende) verzekering

5.3.1 U wilt uw collectieve verzekering beëindigen of wijzigen.

Heeft u een collectieve verzekering, dan:

- kan alleen de onderneming of instelling waarmee wij de collectieve overeenkomst hebben gesloten de verzekering schriftelijk opzeggen;
- heeft u (verzekerde) niet het recht uw verzekering op te zeggen of te wijzigen als wij de voorwaarden veranderen;
- kan alleen de onderneming of instelling waarmee wij de collectieve overeenkomst hebben gesloten ons verzoeken de verzekering te wijzigen.

5.3.2 Wij beëindigen de collectieve hoofdverzekering van alle verzekerden.

Wij beëindigen de collectieve hoofdverzekering van alle verzekerden op de polis: op het moment dat u ophoudt te werken bij de onderneming of instelling via welke u (verzekeringnemer) collectief verzekerd bent. Als u met uw werkzaamheden ophoudt doordat u arbeidsongeschikt wordt,

vervroegd uittreedt of gebruik maakt van een wachtgeldregeling, beëindigen wij de verzekering niet. Als u overlijdt, beëindigen wij de verzekering wel voor u, maar niet voor uw gezinsleden. Wij beëindigen de collectieve hoofdverzekering van de verzekerden op de polis op het moment dat de collectieve overeenkomst tussen ons en het bedrijf waar u (verzekerde) werkt eindigt.

6. Premie, wettelijke bijdragen en kosten

Waar vindt u welke informatie?

- Informatie hoe de kosten voor uw verzekering zijn opgebouwd vindt u in artikel 6.1.
- Informatie over het betalen van de kosten voor uw verzekering vindt u in artikel 6.2.
- Informatie die van toepassing is als u een betalingsachterstand heeft vindt u in artikel 6.3.
- Informatie over de beëindiging van uw verzekering bij betalingsachterstand en over premieruggave als u uw verzekering opzegt vindt u in artikel 6.4.
- Informatie over aansprakelijkheid voor collectief verzekerden vindt u in artikel 6.5.

6.1 Kosten

6.1.1 Kosten opbouw

De door u te betalen kosten voor uw verzekering zijn opgebouwd uit:

- premie;
- wettelijke bijdragen of andere kosten die wij volgens de wet verplicht zijn over te dragen aan daartoe aangewezen en bevoegde instanties;
- belastingen die wij volgens de wet of een verdrag verplicht zijn over te dragen aan daartoe aangewezen en bevoegde instanties;
- bedragen die wij rechtstreeks aan de zorgverlener hebben betaald maar die u zelf had moeten betalen omdat ze onder het eigen risico of de eigen bijdrage van uw verzekering vielen;
- eventuele andere kosten. Hieronder verstaan wij ook het bedrag dat wij u in rekening brengen als u (verzekerde) de verschuldigde kosten niet betaalt via automatische afschrijving van uw rekening.

6.1.2 Kosten basis

Wij stellen vast wat de hoogte van deze kosten is en in welke gevallen en wanneer u (verzekeringnemer) deze moet betalen. Dit doen wij op basis van:

- het aantal verzekerden;
- hun huidige leeftijd;
- hun leeftijd op het moment dat u de verzekering afsloot;
- de soort verzekering die u heeft afgesloten;
- de ziekenhuisklasse die u koos.

6.2 Betaling

6.2.1 Verschuldigde kosten

U (verzekeringnemer) moet de kosten die u ons verschuldigd bent in euro's betalen.

6.2.2 Aansprakelijkheid

U (verzekeringnemer) bent verantwoordelijk voor de betaling van de verschuldigde kosten. Als u (verzekeringnemer) overlijdt of van rechtswege de bevoegdheid verliest om zelfstandig over uw vermogen te beschikken, is ieder van de verzekerden persoonlijk aansprakelijk voor de betaling van de gehele verschuldigde kosten. Deze aansprakelijkheid eindigt op het moment dat wij één van de verzekerden als nieuwe verzekeringnemer accepteren.

6.2.3 Vooruit betalen

U (verzekeringnemer) moet de verschuldigde kosten vooruit betalen. Bij het afsluiten van uw verzekering spreken wij met u af over welke periode u deze kosten vooruit betaalt en op welke wijze u dat doet. Die kosten moeten uiterlijk vòòr de eerste dag van die afgesproken periode in ons bezit zijn. Als wij met u afspreken dat wij de verschuldigde kosten voor elke periode van uw bankrekening incasseren, blijft de verantwoordelijkheid tijdig te betalen (dus van een voldoende saldo) bij u liggen.

6.2.4 Aanmelding van een nieuwe verzekerde in een periode

Als u midden in een periode een nieuwe verzekerde aanmeldt, betaalt u voor deze verzekerde alleen kosten over het resterende gedeelte van deze periode. Deze kosten moeten uiterlijk voor de aanvang van dit resterende gedeelte van deze periode aan ons betaald zijn.

6.3 Betalingsachterstand

6.3.1 Geen recht op vergoeding

Als u de verschuldigde kosten niet op tijd betaald, dan bent u in verzuim en kunnen wij dit bedrag direct opeisen. Wij sturen u echter eerst een herinneringsbrief. Als u het bedrag niet voldoet binnen de 30 dagen die in de brief worden genoemd, dan vervallen uw aanspraken op uitkeringen uit hoofde van deze verzekering met ingang vanaf de eerste dag dat u in verzuim bent.

De schorsing van de verzekering geldt tot de dag dat u alle verschuldigde en opeisbare kosten heeft betaald. Zodra u heeft betaald, herleven ook onze verplichtingen.

Toelichting:

U heeft uw premie over de maanden januari en februari niet betaald. Na het aflopen van de termijn in de herinneringsbrief heeft u tandheelkundige hulp nodig en geeft u € 300,- aan tandartskosten uit. Wij vergoeden deze kosten niet, ook al vallen ze onder de dekking van uw verzekering.

6.3.2 Aflossen schuld

Loopt u achter met uw betaling, dan lost u met elk bedrag dat wij van u ontvangen de langst openstaande schuld af. Schulden die zijn opgebouwd uit meerdere bedragen, kunt u niet splitsen. Zij moeten in hun geheel betaald worden.

Toelichting:

U heeft de kosten voor uw verzekering over een periode van drie maanden niet betaald. Deze kosten zijn opgebouwd uit premie. U moet deze kosten in zijn geheel betalen. U kunt niet zelf bepalen dat u wel de premie van de derde maand betaalt en niet die van de eerste en de tweede maand.

Ook kunt u vorderingen niet verrekenen met bedragen die u nog van ons te goed heeft. Wij kunnen uw schuld wel verrekenen met bedragen die u van ons krijgt.

Toelichting:

U heeft een premieschuld van € 400,-. U heeft ons voor € 100,- aan nota's opgestuurd. Wij moeten beoordelen of deze nota's geheel voor vergoeding in aanmerking komen. U mag deze nota's daarom niet van uw schuld aftrekken. Uw schuld blijft € 400,-.

Toelichting 2:

U heeft een schuld van € 100,-. U stuurt ons voor € 300,- nota's op. Wij kunnen op dat moment bepalen dat u € 200,- van ons vergoed krijgt. Uw schuld is daar-

mee betaald.

6.3.3 Verdragingschade

Vanaf het moment dat u in verzuim bent:

- zijn wij gerechtigd u de wettelijke rente over de verdeling in rekening te brengen en;
- zullen wij u de door ons gemaakte kosten in en buiten rechten in rekening brengen. (Buitengerechtigde incassokosten worden berekend conform het rapport Voorwerk II van de Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak.

6.4 Beëindiging van uw verzekering

6.4.1 Wij beëindigen uw verzekering

Heeft u de verschuldigde kosten een maand nadat deze opeisbaar worden nog niet (volledig) betaald, dan beëindigen wij uw verzekering. Wij hoeven daarvoor tegenover u geen officiële verklaring af te leggen dat u uw verplichtingen niet na bent gekomen. Ook de tussenkomst van een rechter is daarvoor niet nodig. U blijft verplicht om ons alle verschuldigde en opeisbare bedragen te betalen.

Meer over de beëindiging van uw verzekering leest u in:

- artikel 5.2.3 punt b als u particulier verzekerd bent;
- artikel 5.2.4 punt c als u particulier verzekerd bent met een aanvullende verzekering.

6.4.2 Schuld over een beëindigde verzekering

Als u of één van de verzekerden ons nog kosten schuldig is over een verzekering die inmiddels beëindigd is, hebben wij met betrekking tot de lopende verzekering het recht:

- kosten die u van ons vergoed krijgt te verrekenen met de oude openstaande schuld (zie artikel 6.3.2);
- uw huidige verzekering te beëindigen (zie artikel 6.4.1);
- onze verplichtingen uit te stellen tot het moment dat u alle verschuldigde en opeisbare kosten afgelost heeft. De nota's die u in de tussenliggende periode indient, vergoeden wij niet totdat u alle verschuldigde kosten aan ons heeft betaald (zie artikel 6.3.1).

6.4.3 Geld terug bij einde verzekering midden in een periode

Eindigt uw verzekering in een periode die u vooraf betaald heeft, dan krijgt u over de resterende tijd van die periode een gedeelte van het betaalde bedrag terug. Wij brengen u wel administratiekosten in rekening.

6.5 Aansprakelijkheid bij een collectieve verzekering

Het kan zijn dat uw verzekering is gesloten op grond van een collectieve overeenkomst tussen ons en een onderneming, instelling of andere rechtspersoon. In dat geval zijn deze onderneming, instelling of andere rechtspersoon en u (verzekeringnemer) ieder aansprakelijk voor de gehele verplichtingen die in dit artikel zijn genoemd, tenzij anders is overeengekomen.

7. Eigen risico

Dit artikel is alleen op u van toepassing als voor uw hoofdverzekering een eigen risico geldt en wij dit eigen risico op uw polis vermeld hebben.

Waar vindt u welke informatie?

- Informatie over de hoogte van het eigen risico, vindt u in artikel 7.1.
- Informatie over de kosten waarmee u het eigen risico aflost, vindt u in artikel 7.2.
- Informatie over het eigen risico bij een ziekenhuisopname, vindt u in artikel 7.3.

- Informatie over het eigen risico bij het einde van uw verzekering, vindt u in artikel 7.4.

7.1 De hoogte van het eigen risico

7.1.1 Eigen risico

- Als u bij ons een hoofdverzekering afsluit, stellen wij voor deze verzekering per jaar een eigen risico vast. Het eigen risico is het bedrag dat alle verzekerden die op de polis staan samen jaarlijks aan hun ziektekosten zelf moeten betalen. Pas als dit bedrag is uitgegeven krijgt u de overige kosten die dat jaar onder de dekking van uw verzekering vallen door ons betaald.
- Het eigen risico is niet van toepassing op de aanvullende verzekeringen, behalve als in het Vergoedingenoverzicht bij een bepaalde aanvullende verzekering staat dat het eigen risico wel van toepassing is.
- Voor het bereiken van het bedrag van het eigen risico tellen uitsluitend de kosten mee, die op grond van de Polisvoorwaarden en het Vergoedingenoverzicht voor vergoeding in aanmerking komen. Indien een onderdeel van het verzekerd pakket een maximum is vermeld, dan blijft dit maximum zowel voor de toepassing van het risico, als voor de eventuele uitkering daarna, onverminderd van kracht.
- Het eigen risico, zoals genoemd op polisblad of polis-aanhangsel geldt niet voor medisch noodzakelijke kosten als direct gevolg van een ongeval overkomen tijdens de looptijd van de verzekering.
- Het eigen risico, zoals genoemd op polisblad of polis-aanhangsel geldt niet voor vergoeding van geneesmiddelen en hulpmiddelen geleverd door een gecontracteerde leverancier.

Toelichting:

U heeft voor u en uw drie kinderen een Lijfpolis Overstap afgesloten met € 450,- eigen risico. Dit betekent dat de eerste € 450,- aan kosten die uw gezin maakt en die onder de dekking van deze verzekering vallen voor uw eigen rekening zijn. Het maakt niet uit wie van uw gezinsleden deze kosten maakt. Hierna krijgt u de verdere kosten die u maakt door ons betaald, mits ze onder de dekking van uw verzekering vallen.

7.1.2 Vaststellen van het eigen risico

Elk jaar op 1 januari stellen wij de hoogte van het eigen risico opnieuw vast. Dit doen wij op basis van:

- het aantal verzekerden;
- hun leeftijd op het moment dat u de verzekering afsloot;
- hun huidige leeftijd;
- de ziekenhuisklasse die u koos;
- de soort verzekering of combinatie van verzekeringen die u afsloot.

7.1.3 Vaststellen eigen risico van een verzekering die in de loop van het jaar ingaat

Als uw verzekering in de loop van het jaar ingaat, berekenen wij het eigen risico voor dat jaar als volgt:

- we bepalen het eigen risico over een geheel jaar;
- we vermenigvuldigen dit bedrag met het aantal resterende maanden van het jaar waarin u uw verzekering afsluit (de maand waarin u de verzekering begint telt mee);
- deze uitkomst delen we door twaalf.

7.1.4 Vaststellen eigen risico bij een overstap in de loop van het jaar van een WIZ-verzekering naar

een andere verzekering

Als u in de loop van het jaar overstapt van een WIZ-verzekering bij ons naar een andere verzekering bij ons, dan berekenen wij het eigen risico voor die nieuwe verzekering voor dat jaar als volgt:

- we bepalen het eigen risico over een geheel jaar;
- we vermenigvuldigen dit bedrag met het aantal resterende maanden van het jaar waarin u uw verzekering afsluit (als de verzekering in de loop van de maand begint – dus na de eerste dag van die maand – telt die maand in dit geval niet mee);
- deze uitkomst delen we door twaalf.

7.2 Afbouwen van het eigen risico

In de loop van het jaar wordt uw eigen risico afgebouwd. Dit gebeurt doordat u in dat betreffende jaar kosten maakt die onder de dekking van de hoofdverzekering vallen. U betaalt deze kosten net zo lang zelf tot het eigen risico tot € 0,- is afgebouwd.

Staat het eigen risico op € 0,-, dan krijgt u de kosten die u in dat jaar maakt voortaan van ons vergoed. In januari van het jaar daarop bepalen wij opnieuw de hoogte van het eigen risico. U begint dan weer van voren af aan met afbouwen.

Het eigen risico wordt niet afgebouwd met kosten:

- die u maakt voor medisch noodzakelijke kosten als direct gevolg van een ongeval overkomen tijdens de looptijd van de verzekering;
- die u maakt voor geneesmiddelen en hulpmiddelen geleverd door een door ons gecontracteerd leverancier;
- die vallen onder de dekking van een aanvullende verzekering, behalve bij een aanvullende Klassenverzekering. Voor deze kosten geldt geen eigen risico. U krijgt deze kosten meteen vergoed, mits ze voldoen aan alle verdere voorwaarden voor vergoeding.

7.3 Eigen risico bij een ziekenhuisopname

Als sprake is van:

- een opname in een ziekenhuis;
- die niet eindigt in hetzelfde jaar als dat hij begon, verrekenen wij alle kosten die met deze onafgebroken opname te maken hebben alleen met het eigen risico van het jaar waarin de opname begon.

Toelichting:

Op 29 december wordt u opgenomen in het ziekenhuis. Uw openstaande eigen risico bedraagt op dat moment € 250,-. U wordt uit het ziekenhuis ontslagen op 3 januari. U ligt dus drie dagen van het ene jaar en drie dagen van het daaropvolgende jaar in het ziekenhuis. De rekening voor deze zesdaagse opname bedraagt € 3000,-. Door het eigen risico zijn de eerste € 250,- voor uw rekening. Daarna vergoeden wij de verdere kosten (€ 2750,-), ook al is uw eigen risico op 1 januari opnieuw ingegaan.

7.4 Eigen risico bij einde verzekering

Eindigt uw verzekering in de loop van het jaar voor alle verzekerden, dan verminderen wij uw eigen risico of wat daar nog van over is niet. Ook verrekenen wij het reeds afgebouwde (deel van het) eigen risico niet met een geldbedrag. Dit doen wij wel als:

- u in directe aansluiting op de beëindigde verzekering een nieuwe hoofdverzekering bij ons afsluit of een ziekenfondsverzekering afsluit bij het OZ ziekenfonds;

b. de verzekering beëindigd wordt doordat de laatste verzekerde overlijdt.

In deze gevallen berekenen wij het eigen risico van het laatste jaar opnieuw door:

a. het eigen risico van het laatste jaar te vermenigvuldigen met het aantal maanden waarop de verzekering betrekking had (de maand waarin de verzekering eindigt, telt als volle maand mee);

b. de uitkomst te delen door twaalf.

Voor zover de ingediende nota's die wij verrekend hebben met het eigen risico boven dit bedrag uitkomen, wordt dit alsnog aan u uitbetaald.

8 Uitsluitingen

8.1 Kosten door bestaande ziekte bij aanvraag verzekering

Kosten die ontstaan ten gevolge van een ziekte of afwijking die u al had voor de aanvraag van de verzekering vergoeden wij niet als de ziekte of afwijking bij de aanvraag van de verzekering:

a. al bij u (verzekerde of verzekeringnemer) bekend was; of
b. al klachten veroorzaakte, terwijl u (verzekerde of verzekeringnemer) dit niet aan ons heeft gemeld.

8.2 Kosten die onder een andere verzekering vallen

De volgende kosten vergoeden wij niet:

a. kosten die u vergoed zou kunnen krijgen uit:
1. een andere overeenkomst, al dan niet van oudere datum;
2. een volksverzekering of sociale verzekeringswet of een andere wettelijke regeling;
b. kosten die verband houden met een behandeling waarop u recht zou hebben uit:
1. een andere overeenkomst, al dan niet van oudere datum;
2. een volksverzekering of sociale verzekeringswet of een andere wettelijke regeling;

8.3 Kosten van bepaalde behandelingen

De volgende kosten vergoeden wij niet:

a. kosten van een behandeling die naar ons oordeel niet algemeen medisch erkend is volgens de in Nederland geldende medische normen of die zich nog in een wetenschappelijk of experimenteel stadium bevindt;
b. kosten die verband houden met psychoanalyse en medisch opvoedkundige kwesties;
c. kosten die veroorzaakt zijn door of verband houden met onderzoeken, controles en behandelingen van preventieve aard en/of bevolkingsonderzoeken. Wij vergoeden de kosten wel als deze volgens de voorwaarden onder de dekking van uw verzekering vallen.
d. kosten die veroorzaakt zijn of verband houden met:
1. keuringen;
2. het afgeven van attesten;
3. vaccinaties met betrekking tot kinderziekten en reizen. (Wij vergoeden de kosten wel als deze volgens de voorwaarden onder de dekking van uw verzekering vallen, of in de Regeling Farmaceutische Zorg is bepaald dat u deze wel vergoed krijgt.)
e. kosten van een behandeling die naar ons oordeel niet het doel heeft de ziekte of ziekteverschijnselen te bestrijden of verergering van de ziekte te voorkomen;
f. kosten die verband houden met orthodontische behandelingen op (nagenoeg) geheel esthetische indicatie;

g. kosten die verband houden met behandeling op of ziekenvervoer naar een andere (verder weg gelegen) plaats dan de plaats waarop u bent aangewezen, terwijl er vooraf geen sprake is van aantoonbare medische noodzaak om op die andere plaats behandeld te worden;

h. kosten die verband houden met collectieve behandelingen of behandelingen in groepsverband, tenzij deze volgens de voorwaarden wel vergoed worden.

i. kosten van afspraken met zorgverleners die u niet nakomt of verzuimt.

8.4 Kosten door eigen bijdrage

De eigen bijdragen die u moet betalen op grond van de AWBZ vergoeden wij niet. Wij vergoeden deze kosten wel als deze volgens de voorwaarden onder de dekking van uw verzekering vallen;

8.5 Kosten door omwisselen muntsoort

Kosten die verband houden met het omwisselen en betalen in vreemde valuta of betaling op bankrekeningen buiten Nederland vergoeden wij niet.

8.6 Kosten door geweld of schuld

De volgende kosten vergoeden wij niet:

a. kosten die veroorzaakt zijn of verband houden met:
1. een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand of binnenlandse onlusten;
2. oproer of muerij;
3. terrorisme of sabotage;
4. rellen, relletjes of opstootjes.

Wij gaan hierbij uit van de definities die het Verbond van Verzekeraars hiervan in een tekst heeft vastgelegd. Deze tekst is in bewaring gegeven bij de Griffie van de Arrondissementsrechtbank in Den Haag;

b. kosten die ontstaan zijn:
1. door uw grove schuld, door uw (voorwaardelijk) opzet of met uw instemming;
2. door uw ernstige nalatigheid in het opvolgen van de voorschriften van de behandelende arts of therapeut;
3. doordat u door uw gedrag het genezingsproces ernstig belemmert.

c. kosten die ontstaan zijn doordat u een misdrijf (mede) heeft gepleegd of daar een poging toe heeft gedaan of hieraan medeplichtig bent.

8.7 Kosten door atoomkernreacties

Kosten die het gevolg zijn van atoomkernreacties vergoeden wij niet. Zijn de kosten veroorzaakt door radioactieve nucliden die zich buiten een kerninstallatie bevinden, dan vergoeden wij deze wel onder de volgende voorwaarden:

a. de Rijksoverheid heeft een vergunning gegeven voor de plaatsing van de nucliden;
b. de plaats van de nucliden is niet in strijd met de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen;
c. volgens de Nederlandse of buitenlandse wet is er geen derde voor de geleden schade aansprakelijk.

Toelichting:

Een voorbeeld van de kosten die wij vergoeden zijn de kosten van bestraling bij kankerpatiënten. Bij deze bestraling zijn atoomkernreacties betrokken. De kosten van deze bestraling vergoeden wij wel, ook al hebben de kosten technisch te maken met atoomkernreacties.

8.8 Samenloop

Indien de verzekerde aanspraak kan maken op een vergoeding van kosten of op een verstrekking van verpleging of

behandeling op grond van een andere verzekering of regeling al dan niet van oudere datum, is deze aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. In dat geval komt de schade die niet door de andere verzekering of regeling wordt gedekt, voor vergoeding in aanmerking.

9. Beschikbare gegevens en registratie

Om uw verzekering goed uit te kunnen voeren, hebben wij van u nodig:

- de juiste gegevens (artikel 9.1);
- toestemming voor bepaalde handelingen (artikel 9.2);
- en inlichtingen indien wij een derde aansprakelijk kunnen stellen (artikel 9.3).

U bent verplicht om deze gegevens, toestemming en inlichtingen tijdig te geven. Zolang u dit niet doet, vergoeden wij de kosten die u maakt niet en nemen onze verplichtingen tegenover u ook niet toe.

9.1 Juiste gegevens: wijzigingen tijdig doorgeven

De gegevens van alle verzekerden op de polis moeten juist zijn en juist blijven. Iedere wijziging in deze gegevens, die van invloed kan zijn op uw rechten en plichten of op de samenstelling van uw verzekering, moet u binnen 30 dagen aan ons doorgeven. Doet u dat tijdig, dan gaat de aanpassing van de verzekering in op het moment van de wijziging. Doet u dit niet tijdig, dan gaat de aanpassing van de verzekering in op een moment dat wij vaststellen. Voorbeelden van deze wijzigingen zijn:

a. adreswijziging

wij gaan ervan uit dat onze schriftelijke berichten u bereiken op het adres dat u het laatst aan ons hebt doorgegeven.

b. wijzigingen in de gezinssamenstelling

een verzekerde maakt geen deel meer uit van uw gezin of er komt een verzekerde bij.

c. beëindiging van de studie door één van de kinderen

voor niet studerende kinderen geldt een andere premie dan voor studerende kinderen.

Toelichting 1:

Adreswijziging: Wij hebben de juiste gegevens nodig om contact met u op te kunnen nemen. Onder adresgegevens verstaan wij daarom uw adres (bezoekadres, postbus), telefoonnummer, telefaxnummer, e-mail-adres, etc.

Toelichting 2:

Wijziging van de gezinssamenstelling: Door bijvoorbeeld geboorte of overlijden wijzigt de samenstelling van uw gezin en daarmee van de verzekering. Ook als uw kind trouwt, gaat studeren of gaat werken kan de samenstelling van uw verzekering veranderen. Als dat gebeurt, moet u dat aan ons doorgeven, zodat wij uw verzekering kunnen wijzigen.

9.2 Toestemming

U geeft ons vanaf het moment dat de verzekering ingaat toestemming om:

- a. namens u aan derden (ook aan zorgverleners en leveranciers) inlichtingen te vragen als wij dit nodig vinden om onze verplichtingen uit de verzekering na te kunnen komen;
- b. namens u aan derden (ook aan zorgverleners en leveranciers) inlichtingen te geven als wij dit nodig vinden om onze verplichtingen uit de verzekering na te kunnen komen of de uitvoering van uw verzekering doelmatiger

te laten verlopen;

- c. namens u met zorgverleners en leveranciers van goederen te onderhandelen over de kosten en zonodig (en dan op onze kosten) tegen hen te procederen;
- d. de persoonlijke gegevens die wij nodig hebben voor de uitvoering van uw verzekering(en) op te nemen in onze administratie.

Toelichting:

Informatie geven aan derden: Als wij rechtstreeks rekeningen van zorgverleners ontvangen en aan hen betalen wordt uw verzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgverlener die u behandeld heeft, weet hoe u bent verzekerd. Die informatie kunnen wij hem geven. Zie onder letter b.

9.3 U geeft inlichtingen aan ons

Als wij een derde partij aansprakelijk kunnen stellen voor de kosten die u bij ons heeft gedeclareerd, moet u ons hiervan direct op de hoogte stellen en de juiste inlichtingen geven.

10. Verandering van de voorwaarden

10.1 Ons recht op verandering

Wij hebben het recht:

- a. de verzekeringsvoorwaarden;
- b. de hoogte van de premie;
- c. de hoogte van het eigen risico

tijdens de duur van de verzekering te veranderen. Dit mogen wij zowel voor één of meer soorten verzekering als voor alle verzekeringen doen. Kijkt u voor meer informatie in artikelen 5.2.1.b, 5.2.2.b.

Toelichting:

Onder een verandering verstaan wij in dit artikel een verandering die geldt in het algemeen en die dus niet alleen op u van toepassing is. Het gaat in dit artikel bijvoorbeeld om een verandering van de premie doordat de ziekenhuistarieven zijn gestegen. Maar het gaat in dit artikel niet om individuele veranderingen, zoals een verhoging van uw eigen risico doordat u in een andere leeftijdscategorie terechtkomt (zie hiervoor ook artikel 10.3.c).

10.2 Uw recht de verzekering op te zeggen of te wijzigen

Als u het niet eens bent met de verandering van:

- a. de verzekeringsvoorwaarden;
- b. de hoogte van de premie;
- c. de hoogte van het eigen risico

zoals bedoeld in artikel 10.1 kunt u uw verzekering opzeggen of wijzigen. U moet ons dit binnen 30 dagen nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gesteld, schriftelijk laten weten. De lopende verzekering eindigt dan op het moment dat de verandering ingaat. Wilt u uw verzekering wijzigen, dan eindigt de lopende verzekering op het moment dat de verandering ingaat en gaat dan meteen de nieuwe verzekering in. Heeft u ons binnen 30 dagen geen schriftelijke opzegging gestuurd, dan gaan wij ervan uit dat u instemt met de verandering. U kunt uw verzekering niet opzeggen of wijzigen in de gevallen die genoemd worden in artikel 10.3.

10.3 Geen recht de verzekering op te zeggen of te wijzigen bij een verandering

U heeft niet het recht uw verzekering op te zeggen of te wijzigen als:

- a. u collectief verzekerd bent (zie hiervoor artikel 5.3);
- b. het gaat om een verandering van de voorwaarden, de premie of het eigen risico:
 - 1. als gevolg van overheidsbeleid of een wettelijke regeling;
 - 2. die uw rechten niet vermindert of uw plichten niet verzwaart;
- c. doordat u een bepaalde leeftijd bereikt en daardoor in een andere leeftijdscategorie terechtkomt;
- d. die geen betrekking heeft op de verzekering die u (verzekeringnemer) heeft afgesloten;
- e. doordat er een nieuw jaar aanbreekt waarbij het eigen risico automatisch wordt aangepast;

11. Wat kunt u ondernemen bij klachten en geschillen?

Heeft u klachten? In dit artikel leest u welke acties u in dat geval kunt ondernemen:

11.1 U heeft klachten over de uitvoering van uw verzekering

11.1.1 Schriftelijk bericht

Als u niet akkoord gaat met de manier waarop wij in een bepaald geval uw verzekering uitvoeren, kunt u dit schriftelijk aan de afdeling Klantenservice van OZ laten weten. U moet dit doen binnen 30 dagen nadat wij u het bericht van afhandeling hebben gestuurd.

11.1.2 Reactie binnen 60 dagen

Afdeling Klantenservice van OZ zal u binnen 60 dagen nadat zij uw schriftelijk bericht ontvangen heeft het standpunt van de maatschappij kenbaar maken.

Ontvangt u binnen 30 kalenderdagen geen reactie, dan wordt de oorspronkelijke beslissing geacht door ons te zijn bevestigd.

11.1.3 Geschillen

Gaat u niet akkoord met de beslissing die door ons werd genomen? Geschillen voortvloeiende uit deze verzekeringsovereenkomst worden ter beslechting voorgelegd aan de volgens de wet bevoegde rechter.

11.2 U heeft algemene klachten

Klachten over de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst moeten eerst aan ons interne klachtenbureau, afdeling klantenservice, worden voorgelegd. Dit kan zowel telefonisch als schriftelijk. (adresgegevens opgeven). Wanneer ons oordeel voor u niet bevredigend is, kunt u zich tot de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen wenden. Bij deze stichting werkt de ombudsman zorgverzekeringen. De ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Daarnaast is er de Raad van Toezicht die toetst of de verzekeraar de goede naam van de bedrijfstak heeft geschaad.

Adres: Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag. Wie geen gebruik wil maken van de klachtenbehandelingsmogelijkheden binnen de bedrijfstak, of de behandeling door het Klachteninstituut Verzekeringen niet bevredigend vindt, kan het verschil voorleggen aan de rechter.

12. Tot slot

In alle gevallen waarin deze voorwaarden niet voorzien beslist de maatschappij hoe daarmee om wordt gegaan.

