

Ziektekostenverzekering

Voorwaarden van verzekering Model Z 04 R

Zorg

Inhoudsopgave

Over algemene en juridische zaken

1. Afkortingen en begripsomschrijvingen.	3
2. Grondslag.	6
3. Verhaalsrecht.	6
4. Samenloop met andere verzekeringen.	6
5. Hogere vergoeding dan overeengekomen	6
6. Vervaltermijn	6
7. Persoonsgegevens.	6
8. Klachten	6

Over de werking van de verzekering

9. Aanmelding en acceptatie.	6
10. Begin, duur en einde van de verzekering.	7
11. Premie.	7
12. Wijziging van premie of voorwaarden.	8
13. Indienen van nota's.	8
14. Betaling van vergoeding.	8
15. Melding bij opname.	8

Over de dekking van de verzekering

16. Strekking.	9
17. Eigen risico.	9
18. Kosten die niet worden vergoed.	10
19. Omvang van de dekking Algemeen	11
20. Omvang van de dekking Kinderen	15
21. Omvang van de dekking Tandem	17
22. Omvang van de dekking Buitenland	18
23. Omvang van de dekking Tandem Zorg Plus	19

1 Afkortingen en begripsomschrijvingen

In deze voorwaarden worden de volgende afkortingen gebruikt:

AWBZ	: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIG	: Wet op de Beroepen In de Gezondheidszorg
CHA	: Clearing House Apothekers
CTG	: College voor Tarieven in de Gezondheidszorg
GVS	: Geneesmiddelen Vergoeding Systeem
KNMG	: Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	: Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Pharmacie
LVSG	: Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneskundigen
SKION	: Stichting Kinderoncologie Nederland
WBIOZ	: Wet Bestrijding Infectieziekten en Opsporing Ziekteoorzaken
ZN	: Zorgverzekeraars Nederland

Betekenis pictogrammen:



: hier kunt u telefonisch worden geholpen



: hier kan uw bericht alleen schriftelijk worden afgehandeld



: er is een wettelijke bepaling of regeling van kracht

In deze voorwaarden wordt bedoeld met:

<i>Arts</i>	Een in Nederland gevestigde en geregistreerde arts, die bevoegd is de geneeskunde uit te oefenen.
<i>Audiologische hulp</i>	Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur en de voorlichting over het gebruik van de apparatuur.
<i>Behandeling</i>	Geneeskundige behandeling of onderzoek volgens in Nederland algemeen aanvaarde medische normen.
<i>Centrum voor erfelijkheidsadviesing</i>	Een in Nederland gelegen instelling die een vergunning van de overheid heeft voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.
<i>Dagverpleging</i>	Korter dan 24 uur durende bedverpleging waarvan de noodzaak te voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist (poliklinische bedverpleging).
<i>Fysiotherapeut</i>	Een fysiotherapeut, die als fysiotherapeut geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 BIG.
<i>Geneeskundig adviseur</i>	De arts, die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.
<i>Geneesmiddelen</i>	Geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd en Bloedproducten als bedoeld in de Wet inzake Bloedvoorziening.
<i>GVS-systeem</i>	Geneesmiddelen Vergoeding Systeem. Dit systeem bepaalt dat de verzekerde moet bijbetalen voor bepaalde dure geneesmiddelen waarvoor goedkopere en even goede alternatieven bestaan.
<i>Gezin</i>	Twee personen die samenwonen en duurzaam een gemeenschappelijke huishouding voeren, met hun kinderen, dan wel één verzorgende ouder, met kinderen.
<i>Huisarts</i>	Een arts, die als huisarts is ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de KNMG en die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent.
<i>Hulpmiddelen</i>	De middelen die in het Reglement Hulpmiddelen zijn opgenomen.
<i>Homeopathisch geneesmiddel</i>	Geneesmiddel dat voldoet aan het Besluit homeopathische farmaceutische producten en geregistreerd is als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel.
<i>Kind</i>	Eigen kind, stiefkind, pleegkind, adoptiekind, ongeacht of dit uit een huidig of vorig samenlevingsverband is, zolang dit kind jonger is dan 20 jaar en ongehuwd.

<i>Kinderfysiotherapeut</i>	Een fysiotherapeut, die als fysiotherapeut geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 BIG en die tevens staat ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten.
<i>Laboratoriumonderzoek</i>	Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat door de bevoegde overheidsinstantie als laboratorium is toegelaten.
<i>Medische noodzaak</i>	De noodzaak van verpleging, onderzoek, behandeling of vervoer volgens in Nederland algemeen aanvaarde medisch wetenschappelijke normen.
<i>Mondhygiënist</i>	Een mondhygiënist, die als mondhygiënist geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 BIG.
<i>Ongeval</i>	Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van verzekerde, van buiten af en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt.
<i>Orthodontist</i>	Een orthodontist, die als orthodontist geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 BIG.
<i>Parodontoloog</i>	Een parodontoloog, die als parodontoloog geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 BIG.
<i>Podotherapeut</i>	Een podotherapeut, die als podotherapeut geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 BIG.
<i>Regelingen ZN</i>	De regelingen Fysiotherapie, Farmaceutische Zorg en Dieetpreparaten die zijn vastgesteld door ZN en die gelden op het moment van behandeling. De regelingen worden op verzoek toegezonden
<i>Revalidatie</i>	Onderzoek, advisering en behandeling gericht op het opheffen, verminderen of overwinnen van een handicap die het gevolg is van een stoornis in het bewegingsapparaat.
<i>Specialist</i>	Een arts, die is ingeschreven in het Register van Erkende Specialisten van de KNMG en als specialist praktiseert.
<i>Specialistische behandeling</i>	Behandeling of onderzoek, volgens algemeen aanvaarde medische normen en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven.
<i>Specialistische behandeling (niet-klinisch)</i>	Een behandeling door een specialist, anders dan tijdens verpleging.
<i>Sportarts</i>	Een arts geregistreerd bij de tak Sportgeneeskunde van de LVSG.
<i>Sportmedisch Adviescentrum</i>	Een Sportmedisch Adviescentrum dat is aangesloten bij de federatie van Sport Medische Adviescentra.
<i>Tandarts</i>	Een tandarts, die als tandarts geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 BIG.
<i>Tandheelkundig adviseur</i>	De tandarts, die de verzekeraar in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.
<i>Tandheelkundig centrum</i>	Een door bevoegde instanties als zodanig erkend of voorlopig erkend universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.
<i>Toestemming vooraf</i>	Waar “vergoeding na toestemming vooraf” in deze voorwaarden staat vermeld, vindt vergoeding alleen plaats als de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.
<i>Verbandmiddel</i>	Een middel dat uitsluitend vervaardigd is om er gekwetste delen van het lichaam mee te bedekken, te verbinden of te omwinden.
<i>Vergoeding</i>	De vergoeding voor de werkelijk gemaakte kosten, echter tot maximaal de tarieven of prijzen die wettelijk zijn goedgekeurd, dan wel gelden krachtens een door of namens verzekeraar met een zorgaanbieder gesloten overeenkomst.
<i>Verloskundige</i>	Een verloskundige, die als verloskundige geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 BIG.
<i>Verpleegkundige</i>	Een verpleegkundige, die als verpleegkundige geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 BIG.
<i>Verpleging</i>	De opname en het verblijf van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, zolang op medische gronden ononderbroken behandeling door een specialist in een ziekenhuis noodzakelijk is.
<i>Verzekeraar</i>	N.V. Verzekeringsmaatschappij Rijnmond.
<i>Verzekerde</i>	Een persoon die op het polisblad als verzekerde wordt genoemd.
<i>Verzekeringnemer</i>	Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

<i>Zelfstandig Behandelcentrum</i>	Een organisatorisch verband, dat als zelfstandig behandelcentrum door de overheid is toegelaten, waarop een CTG-beschikking van toepassing is en waar verscheidene specialisten werkzaam zijn, terwijl het geen deel uitmaakt van of fungeert ten behoeve van een ziekenhuis.
<i>Ziekenhuis</i>	Een in Nederland gelegen ziekenhuis voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten, alsmede het Nederlands Astma Centrum te Davos. Onder ziekenhuis wordt in deze voorwaarden niet verstaan een psychiatrisch ziekenhuis.
<i>Ziekenvervoer</i>	Medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance, taxi, veerboot, helikopter of eigen auto van en naar de dichtstbijzijnde plaats waar de behandelend arts of specialist de medisch noodzakelijke zorg verleent. Van medisch noodzakelijk ziekenvervoer is sprake als het naar de mening van de geneeskundig adviseur om medische redenen niet verantwoord is gebruik te maken van het openbaar vervoer.

2 Grondslag

De gezondheidsverklaring, het aanvraagformulier en de bij een eventuele keuring verstrekte gegevens vormen de grondslag van deze overeenkomst en maken daarvan deel uit. Verzwijging van bekende omstandigheden, verkeerd of onwaarachtige of onjuiste beantwoording van door of namens de verzekeraar gestelde vragen kan voor de verzekeraar aanleiding zijn de gehele of gedeeltelijke vernietiging van de verzekeringsovereenkomst in te roepen. Dit geldt ook voor aanvragen tot wijziging of uitbreiding van de risicodekking gedurende de looptijd van de verzekeringsovereenkomst.

 Wetboek van Koophandel, 251

3 Verhaalsrecht

Als een derde aansprakelijk kan worden gesteld voor de gemaakte kosten is verzekeringnemer verplicht zo veel mogelijk te helpen bij het verhalen van kosten op deze derde. Als de verzekeraar door het handelen of nalaten van de verzekeringnemer in haar belang wordt geschaad hoeft zij geen vergoeding te verlenen.

4 Samenloop met andere verzekeringen

Indien, zo de in deze voorwaarden bedoelde verzekering niet bestond, aanspraak gemaakt zou kunnen worden op vergoeding van schade en/of kosten, voorzieningen in natura en/of hulpverlening op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening, is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig.

5 Hogere vergoeding dan overeengekomen


Indien en voor zover de verzekeraar meer vergoedt dan zij volgens de polisvoorwaarden is verplicht, wordt de verzekeringnemer geacht aan de verzekeraar een volmacht tot incasso te hebben verleend op naam van de verzekeraar voor het teveel betaalde.

6 Vervaltermijn



Ieder recht van de verzekeringnemer of verzekerde ten opzichte van de verzekeraar terzake van een vordering vervalt na het verstrijken van één jaar nadat de verzekeraar haar standpunt bekend heeft gemaakt, tenzij de verzekeringnemer binnen dit jaar het standpunt van de verzekeraar heeft aangevochten en dit schriftelijk aan de verzekeraar kenbaar heeft gemaakt.

7 Persoonsgegevens


De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering verstrekte persoonsgegevens worden door de verzekeraar 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.

 Wet Bescherming Persoonsgegevens

8 Klachten

Klachten en geschillen die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van de verzekering kunnen worden voorgelegd aan het intern klachtenbureau of de klachtenbehandelaar van de verzekeraar.  t.a.v. de directie
Wanneer het oordeel van de verzekeraar voor de particuliere verzekeringnemer niet bevredigend is, kan deze zich wenden tot de Stichting Klachteninstituut:  Stichting Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 1509 AN Den Haag (☎ 070-3338999). Wanneer de verzekeringnemer geen gebruik wil maken van deze klachtenbehandelingsmogelijkheden, of de behandeling of uitkomst hiervan niet bevredigend vindt, kan de verzekeringnemer het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter te Rotterdam. Hierop is het Nederlandse recht van toepassing.

9 Aanmelding en acceptatie

- Aanmelding voor de verzekering vindt plaats door invulling en ondertekening van het aanvraagformulier en de gezondheidsverklaring.  t.a.v. afdeling Polis
- Voor een kind dat binnen 30 dagen na de geboorte bij de verzekeraar is aangemeld is de verzekering van kracht vanaf de datum van geboorte, ongeacht de gezondheidstoestand.

- c. De verzekeringnemer is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het gezin en iedere andere verandering die invloed heeft op de rechten en plichten uit deze verzekeringsovereenkomst zo spoedig als mogelijk is, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de verzekeraar mede te (doen) delen. De wijzigingen die bedoeld worden zijn onder meer: het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enige andere publiekrechtelijke regeling (zoals IZA, IZR), verandering van burgerlijke staat, geboorte, overlijden, verhuizing en/of verandering van bank- of postbankrekeningnummer. Indien door het nalaten van het hierboven bepaalde de belangen van de verzekeraar worden geschaad, vervalt een eventueel recht op restitutie van premie en behoeft de verzekeraar geen kosten te vergoeden. t.a.v. afdeling Polis
- d. Wat de verzekeraar verzendt naar het laatst opgegeven adres, of aan de assurantietussenpersoon, wordt geacht de verzekerde te hebben bereikt.

10 Begin, duur en einde van de verzekering

Begin

De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum staat vermeld.

Duur

De contractsduur van de verzekering is aangegeven op het polisblad en wordt daarna telkens stilzwijgend met de op het polisblad genoemde contractsduur verlengd.

Einde

- a. De verzekeringnemer kan de overeenkomst schriftelijk opzeggen. De verzekering eindigt dan voor alle verzekerden na het verstrijken van de lopende periode. De opzegtermijn is drie maanden. t.a.v. afdeling Polis
- b. De verzekering eindigt voor een kind bij het bereiken van de 20-jarige leeftijd, of bij het bereiken van de 27-jarige leeftijd in het geval aanspraak bestaat op een toelage krachtens de Wet op de Studiefinanciering. Aansluitend kunnen zij, zonder selectie, tegen de premie en voorwaarden die dan gelden zelfstandig een soortgelijke verzekering afsluiten.
- c. De verzekering eindigt voor een verzekerde per de eerste van de maand waarin de 65-jarige leeftijd wordt bereikt en waardoor recht ontstaat op een Standaardpakketpolis. Aansluitend zal verzekering plaatsvinden krachtens de Standaardpakketpolis met inachtneming van de op grond van de WTZ voor die verzekering geldende voorwaarden. De verzekerde heeft het recht om de verzekering, gesloten op basis van deze voorwaarden, voort te zetten als aanvullende dekking op de Standaardpakketpolis. De te betalen premie zal gelijk zijn aan de wettelijk af te dragen premie voor de Standaardpakketpolis, vermeerderd met de dan geldende premie voor de aanvullende dekking. Naast het wettelijke eigen risico op de Standaardpakketpolis is er op de aanvulling geen eigen risico van toepassing. Wet Toegang Ziektekostenverzekeringen
- d. De verzekering eindigt voor een verzekerde die verzekerd wordt bij het ziekenfonds of bij een publiekrechtelijke regeling en wel per de datum van afgifte van het bewijs waaruit dat recht of deze verplichting blijkt. Voorwaarde is dat de verzekeraar dit bewijs binnen 30 dagen na datum van afgifte heeft ontvangen, anders geldt de datum van ontvangst als beëindigingsdatum. Deze overgang dient te worden aangetoond met een kopie van het inschrijvingsbewijs. t.a.v. afdeling Polis
- e. De verzekering eindigt voor een verzekerde die ophoudt gezinslid te zijn. In geval van echtscheiding is dit de dag volgend op de dag waarop het vonnis is ingeschreven in het register.
- f. De verzekering eindigt voor een verzekerde die voor een periode van langer dan 6 maanden in het buitenland verblijft, bij de aanvang van deze periode.
- g. De verzekering eindigt voor een verzekerde op de dag dat deze ophoudt Nederlands ingezetene te zijn.

Opzegging door de verzekeraar

In de volgende gevallen kan de verzekeraar de verzekering opzeggen:

- h. Wanneer blijkt dat het aanvraagformulier of de gezondheidsverklaring onjuist is ingevuld, of omstandigheden zijn verzwegen die voor de verzekeraar van belang kunnen zijn.
- i. Wanneer de premie, ook na aanmaning, niet is betaald.
- j. Wanneer aan een terugvordering van een eigen risico, ook na aanmaning, niet is voldaan.
- k. Wanneer een niet waarheidsgetrouw verzoek tot vergoeding is ingediend.

11 Premie

- a. Onder premie wordt hier verstaan: premie, wettelijke bijdragen, administratiekosten, vertragingsrente, buitengerechtelijke kosten.
- b. Verzekeringnemer is verplicht de premie voor de premieervaldag te betalen.
- c. Verzekeringnemer mag geen premie verrekenen met van verzekeraar te ontvangen vergoedingen.

- d. Wanneer de volledige premie niet binnen 30 dagen na de premievervaldag door de verzekeraar is ontvangen, wordt de dekking opgeschort en vervalt het recht op vergoeding voor behandelingen vanaf de premievervaldatum.
- e. De dekking wordt hersteld op de dag nadat de volledige premie door de verzekeraar is ontvangen en aanvaard. Kosten ten gevolge van ziekten, kwalen en gebreken die zich openbaarden in de periode dat de dekking was opgeschort worden niet vergoed. De kosten van leveringen in natura zullen worden teruggevorderd.
- f. Wanneer de verzekeraar maatregelen treft voor incasso, komen de kosten hiervan voor rekening van de verzekeringnemer.
- g. Verzekeringnemer blijft verplicht achterstallige premie te betalen.
- h. Het tarief behorend bij een hogere leeftijdsklasse wordt in rekening gebracht per de eerste van de maand volgend op de maand waarin verzekerde jarig was en waardoor hij in een hogere leeftijdsklasse is ingedeeld.
- i. Premievrijstelling bij overlijden verzekeringnemer: indien de verzekeringnemer komt te overlijden voor de 65-jarige leeftijd, wordt de polis 12 maanden vrijgesteld van premie, vanaf de eerstvolgende premievervaldatum (let op: de vrijstelling geldt niet voor de wettelijke bijdragen).

12 Wijziging van premie of voorwaarden

- a. De verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van de verzekering, het eigen risico en de premie te wijzigen. De wijziging is ook van toepassing als de verzekering reeds bestond.
- b. Verzekeringnemer heeft het recht de wijziging te weigeren. Als verzekeringnemer dit schriftelijk kenbaar maakt binnen 30 dagen nadat hij van de wijziging op de hoogte is gesteld eindigt de verzekering per de datum dat de wijziging ingaat. Over de niet verstreken periode waarover premie is betaald vindt teruggave plaats.
- c. Verzekeringnemer heeft niet het recht de wijziging te weigeren als de wijziging het gevolg is van een wettelijke regeling.
- d. Verzekeringnemer heeft niet het recht een premieverhoging te weigeren in het geval de verhoging het gevolg is van het overschrijden van een leeftijdsgrens in een leeftijdsafhankelijk tarief.
- e. Verzekeringnemer heeft niet het recht een premieverhoging te weigeren in het geval de verhoging het gevolg is van het aanpassen van regiokorting bij verhuizing naar een andere regio.
- f. Verzekeringnemer heeft niet het recht een premieverhoging te weigeren indien op één polis meerdere polisvoorwaarden, zoals Extra Zorg en/of Zorg en/of aanvullende dekkingen van toepassing zijn. Het recht van opzegging geldt dan uitsluitend voor die verzekerde(n) of dekkingen waarvoor de premie en/of voorwaarden wordt/worden aangepast. Dit steeds met inachtneming van de andere, in dit artikel, gestelde voorwaarden;

13 Indienen van nota's

Een nota komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking onder deze voorwaarden:

- a. De nota is door de zorgverlener verstrekt en in origineel ingediend (geen kopie). t.a.v. afdeling Declaratie
- b. De nota is zo duidelijk gespecificeerd, dat de verzekeraar zonder meer kan beoordelen of de nota voor vergoeding in aanmerking komt.
- c. De nota waarvan de herkomst niet duidelijk blijkt ('computernota') is door de zorgverlener gewaarmerkt.
- d. De nota is binnen 12 maanden na afloop van het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden ingediend.
- e. Ingediende nota's worden niet aan de verzekeringnemer teruggestuurd.
- f. Op verzoek van de verzekeraar of de geneeskundig adviseur verleent de verzekerde medewerking tot het verkrijgen van alle noodzakelijk geachte informatie.

14 Betaling van vergoeding

De betaling van de vergoeding vindt plaats aan de verzekeringnemer, aan diens tussenpersoon, of rechtstreeks aan de zorgverlener.

15 Melding bij opname

Bij opname in een ziekenhuis of revalidatiecentrum dient de verzekeraar zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen drie dagen na de opname, hiervan op de hoogte te worden gesteld. De behandelend arts dient zonedig gemachtigd te worden om de reden van opname bekend te maken aan de geneeskundig adviseur.

16 Strekking

Deze verzekering vergoedt de kosten van medisch noodzakelijke behandeling van op het polisblad genoemde verzekerden, als omschreven in de “omvang van de dekking”. De vergoeding vindt plaats volgens de rechtsgeldige of met de verzekeraar overeengekomen tarieven. Deze verzekering vergoedt niet voor zover de verzekerde aanspraak heeft op vergoeding voor rekening van de AWBZ, een subsidieregeling of wettelijke verzekering.


17 Eigen risico

- a. Van de verzekerde kosten (waaronder ook begrepen zijn de verstrekkingen in natura) is het op het polisblad vermelde eigen risico per kalenderjaar voor rekening van de verzekeringnemer. Toetreding of afmelding van verzekerden gedurende het kalenderjaar kan een wijziging van het eigen risico tot gevolg hebben per 1 januari daaropvolgend.
- b. Indien een opname in een ziekenhuis niet eindigt in het kalenderjaar waarin deze begint, is voor deze opname slechts éénmaal het gekozen eigen risico van toepassing en wel hetgeen gold op het moment van opname.
- c. Het eigen risico geldt voor een kalenderjaar. Als de verzekering niet op 1 januari ingaat of wordt beëindigd wordt het eigen risico naar evenredigheid van het aantal volle maanden bepaald.
- d. Wat niet voor vergoeding in aanmerking komt telt ook niet mee voor het eigen risico.
- e. Als voor een vergoeding een maximum is vastgesteld, geldt dit maximum voor de som van wat is uitgekeerd en wordt alleen het bedrag van de uitkering met het eigen risico verrekend.
- f. Wijziging van het eigen risico kan uitsluitend plaatsvinden per 1 januari van het komende kalenderjaar. Een verzoek om verlaging van het eigen risico zal behandeld worden als een nieuwe aanvraag, waarbij nadere voorwaarden en/of premieaanpassing kunnen worden gesteld.
- g. Als rechtstreekse betaling aan de zorgverlener plaatsvindt dient de verzekeringnemer een eigen risico aan de verzekeraar terug te betalen.

18 Kosten die niet worden vergoed

Geen vergoeding vindt plaats voor:

- a. De kosten die verband houden met ziekten of afwijkingen die al voor de ingangsdatum van de verzekering bestonden en die niet op het aanvraagformulier zijn vermeld hoewel verzekerde hiervan op dat moment wel kennis droeg of klachten ondervond.
- b. De kosten die gemaakt zijn op een tijdstip dat de dekking nog niet, of niet meer, van kracht was. De datum waarop de hulp is verleend is hierbij bepalend.
- c. De kosten van vormverbeterende of cosmetische behandelingen van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte, of van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking. Kosten van haartransplantaties worden niet vergoed.
- d. De kosten van ouderschapsonderzoek.
- e. De kosten van geneesmiddelen die zonder recept verkrijgbaar zijn.
- f. De kosten van een niet algemeen erkende geneeswijze of therapie.
- g. De kosten van een niet toegelaten geneesmiddel of bij gebruik voor een indicatie waarvoor dit geneesmiddel niet is geregistreerd.
- h. De kosten van behandeling door een voor die behandeling onvoldoende gekwalificeerde hulpverlener.
- i. De kosten van hulp verleend door een daartoe niet erkende instelling.
- j. De eigen bijdrage volgens de AWBZ, tenzij vermeld onder de omvang van de dekking.
- k. De kosten van en in verband met, tandheelkundige implantaten en transplantaten, tandheelkundige kunst- en hulpmiddelen (o.a. gebitsprothese, kronen en bruggen), de kosten van onzorgvuldig gebruik van een beugel.
- l. De kosten van refractieve oogchirurgie, waaronder laserbehandeling of lensimplantatie.
- m. De eigen bijdragen bij bevolkingsonderzoek.
- n. De kosten van een invalidewagen of rolstoel.
- o. De kosten van keuringen, attesten, administratietoelagen, boetes en niet nagekomen afspraken.
- p. De kosten van behandeling door een psychiater, psycholoog, psychotherapeut of (ortho)pedagoog.
- q. De kosten van sportmedische begeleiding, gymnastiek of conditietraining.
- r. De kosten die het gevolg zijn of verband houden met kernreacties, tenzij de reactie verband houdt met de beroepsuitoefening van de verzekerde of de reactie is aangewend voor de medische behandeling van de verzekerde.
- s. De kosten die het gevolg zijn van groot molest (zoals gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer, munitie).
- t. De kosten die het gevolg zijn van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen om het gevaar van terrorisme of kwaadwillige besmetting af te wenden, tenzij en voor zover deze kosten kunnen worden bestreden uit herverzekering bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschaden N.V.

 Wet Toezicht Verzekeringsbedrijf

19 Omvang van de dekking Algemeen

Alle onderstaande dekkingen zijn van toepassing op de Zorg polis. De dekking omvat de volgende vergoedingen:

Audiologische hulp

Vergoeding voor de kosten van hulp door een audiologisch centrum, op advies van een arts.


Advies bij letsel

Als een verzekerde bij een ongeval of door toedoen van een derde letsel heeft opgelopen verleent de verzekeraar op verzoek advies over de mogelijkheden van verhaal van persoonlijke schade op de aansprakelijke partij.

Alternatieve behandelwijzen

Vergoeding voor 80% van de kosten, tot een maximum van € 500 per verzekerde per kalenderjaar, van behandeling door een arts of therapeut die alternatieve behandelwijzen of therapieën toepast. De arts of therapeut dient lid te zijn van een door de verzekeraar erkende beroepsvereniging. De actuele lijst van erkende beroepsverenigingen is opvraagbaar bij de verzekeraar of in te zien op de website: www.rijnmond.com. Alternatieve geneesmiddelen worden niet vergoed.

Besmettelijke ziekten

Vergoeding voor de kosten van een verblijf, wegens een besmettelijke ziekte, in een ziekenhuis of ziekenhuis, als genoemd in de WBIOZ.  WBIOZ

Brillenglazen en contactlenzen

Vergoeding voor de kosten van visuscorrigerende brillenglazen of contactlenzen tot ten hoogste één paar per 3 jaar (te rekenen vanaf leveringsdatum). Niet vergoed worden de kosten van contactlensvloeistof en brilmonturen.

Dieetpreparaten

Vergoeding voor de kosten van dieetpreparaten volgens de Regeling Dieetpreparaten van ZN, na toestemming vooraf. Voorwaarde voor vergoeding is een verklaring van de behandelend arts waaruit de medische noodzaak blijkt.

Daggeldvergoeding bij verpleging in een lagere klasse

Bij verpleging in een lagere klasse dan volgens de polis werd overeengekomen, wordt de volgende daggelduitkering gegeven;

1. in klasse 3 in plaats van 2B: € 25 per dag;
2. in klasse 3 in plaats van 2A: € 27,50 per dag;
3. in klasse 2B in plaats van 2A: € 5 per dag;
4. in klasse 2 in plaats van 2A: € 5 per dag.

Geen vergoeding vindt plaats als de verpleging voor rekening van de AWBZ plaatsvindt, of het ziekenhuis op de betrokken afdeling geen verschillende klassen kent (zoals de afdeling Intensive Care).

De daggelduitkering geldt niet ingeval van opnames in het buitenland.

Foniatrie

Vergoeding voor de kosten van foniatrie op voorschrift van huisarts of specialist.

Fysiotherapie en oefentherapie

Vergoeding voor de kosten van behandelingen fysiotherapie of manuele therapie door een fysiotherapeut of kinderfysiotherapeut of behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck of oefentherapeut Cesar. Een verwijzing door de huisarts of specialist is nodig, waarbij is aangegeven welke vorm van therapie is geïndiceerd. Behandelingen met het doel de conditie te bevorderen worden niet vergoed. Manuele therapie wordt alleen dan vergoed indien toegepast door een fysiotherapeut die staat ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten.

Geneesmiddelen

Vergoeding voor de kosten van door een arts of verloskundige verstrekte of voorgeschreven geneesmiddelen, verbandmiddelen en geneesmiddelen ter voorkoming van zwangerschap. Op de vergoeding is de Regeling Farmaceutische Zorg van ZN van toepassing. Vergoeding voor de meerkosten (bovenlimietprijs) die voor eigen rekening blijven door de Regeling farmaceutische hulp (GVS Systeem). Niet vergoed worden de kosten van voedingssupplementen en vitaminepreparaten.

Herstellingsoorden

Vergoed worden de kosten van verblijf in één van de volgende herstellingsoorden; De Wiltzangk, Overbosch, Het Wilhelminahuis, De Kim of Daidalos. Dit tot een maximum van € 25 per dag en tot ten hoogste 42 dagen per kalenderjaar per verzekerde, mits het verblijf geschiedt op advies van een arts.

Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

Vergoeding volgens de Regeling farmaceutische hulp (GVS systeem) voor homeopathische en antroposofische geneesmiddelen, geregistreerd in de taxen van de KNMP, op voorschrift van een huisarts of specialist geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Huisarts

Vergoeding van de kosten van onderzoek en behandeling door een huisarts, alsmede de daarmee gepaard gaande kosten.

Hulpmiddelen

Vergoeding voor de kosten van voorgeschreven hulpmiddelen. Op de vergoeding is het Reglement Hulpmiddelen van toepassing. Voor alle hulpmiddelen geldt vergoeding of verstrekking na toestemming vooraf.

Injecties

Vergoeding voor de kosten van het toedienen van injecties door een verpleegkundige op voorschrift van een specialist of een huisarts.

Laboratoriumonderzoek

Vergoeding voor de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van huisarts of specialist, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

Logopedie

Vergoeding voor de kosten van behandeling door een logopedist op voorschrift van huisarts of specialist.

Mechanische beademing

Vergoeding voor de kosten van mechanische beademing op voorschrift van een specialist.

Nierdialyse

Vergoeding voor de kosten van nierdialyse. Bij nierdialyse thuis vergoeding voor bepaalde niet-medische kosten, die worden vergoed overeenkomstig de regeling die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Vergoeding na toestemming vooraf.

Orgaantransplantatie (donor)

Vergoeding voor de kosten van medische behandeling van de donor in verband met deze transplantatie, tot drie maanden na ontslag uit het ziekenhuis.

Orgaantransplantatie (ontvanger)

Vergoeding, na toestemming vooraf, voor de kosten van weefseltypering en van transplantaties van de volgende donororganen: hart, long, huid, hoornvlies, beenmerg, bot, lever (orthotoop) en nier. Transplantaties die in het buitenland plaatsvinden worden vergoed tot maximaal het bedrag dat de transplantatie in Nederland zou hebben gekost. Transplantaties die naar Nederlandse maatstaven experimenteel zijn worden niet vergoed.

Pacemaker

Vergoeding voor de kosten van aanschaf van een hartstimulator (pacemaker).

Preventieve hulp

Vergoeding voor baarmoederhals- en borstkankeronderzoek, prostaatonderzoek, cholesteroltest, inentingen tegen griep, hondsdoelheid, rode hond en tetanus. Tevens wordt vergoed preventief hart- en bloedvatenonderzoek maximaal 1x per 2 jaar per verzekerde.

Revalidatie

Vergoed worden de kosten van revalidatie in een ziekenhuis, een revalidatiecentrum of thuis.

Rechtshulp bij een medische fout

Als door een medische fout bij een behandeling, die op grond van deze verzekering wordt vergoed, een verzekerde schade lijdt, bestaat aanspraak op rechtshulp bij het verhalen van die schade op de aansprakelijke partij. Het maximum van deze aanspraak bedraagt € 5.000. Deze rechtshulp heeft een subsidiair karakter: de aanspraak bestaat alleen als verzekerde geen aanspraken heeft op grond van een andere verzekering of regeling, al dan niet van oudere datum. Het verzoek tot rechtshulp dient binnen 12 maanden na het ontstaan van de schade te zijn ingediend.

Second opinion

Vergoeding voor de kosten van het raadplegen van een andere arts, indien de behandelend arts een operatieve ingreep heeft voorgesteld of afgeraden.

Specialist

Vergoeding voor de kosten van specialistische hulp en bijkomende kosten op verwijzing van de huisarts.

Sterilisatie en abortus

Vergoed worden de kosten van abortus en sterilisatie.

Thuisverpleging

Vergoeding voor de kosten van thuisverpleging ter bekorting of vervanging van een ziekenhuisopname. De vergoeding is maximaal voor 8 uren per etmaal en voor maximaal 100 dagen per kalenderjaar. Vergoeding na toestemming vooraf. Geen vergoeding vindt plaats als een subsidieregeling van toepassing is, of in geval van verpleging bij bevalling en kraamzorg.

Trombosedienst

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

Verpleging

Vergoeding voor de kosten van verpleging, klinische specialistische behandeling en de bijkomende kosten in de verzekerde klasse.

Verpleging in een hogere klasse

Als verpleging plaatsvindt in een hogere klasse dan de derde klasse, wordt niet meer vergoed dan bij verpleging in de derde klasse.

Vormverbeterende operaties

Vergoeding voor de kosten van vormverbeterende behandelingen indien de behandeling strekt tot correctie van:

- a. afwijkingen van het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- b. verminking die het gevolg is van een ongeval, ziekte of geneeskundige verrichting;
- c. verlamde of verslachte bovenoogleden die gepaard gaan met aantoonbare beperking van het gezichtsveld;
- e. een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.

Vergoeding na toestemming vooraf. Niet vergoed worden de kosten van behandeling uit persoonlijke behoefte of noodzaak.

Wachlijstbemiddeling

Bemiddeling door de verzekeraar op verzoek van de verzekerde indien deze op een wachtlijst staat voor een behandeling of operatie.

Zelfstandig behandelcentrum

Vergoeding voor behandeling in een Zelfstandig Behandelcentrum in Nederland. Een Zelfstandig Behandelcentrum is een organisatorisch verband, dat als zelfstandig behandelcentrum door de overheid is toegelaten, waarop een CTG-beschikking van toepassing is en waar verscheidene specialisten werkzaam zijn, terwijl het geen deel uitmaakt van of fungeert ten behoeve van een ziekenhuis. Vergoeding na toestemming vooraf.

Ziekenhuis

Zie verpleging.

Ziekenvervoer

Vergoeding wordt verleend voor ziekenvervoer als blijkt een verklaring van de behandelend specialist dit vervoer medisch noodzakelijk is en openbaar vervoer om medische redenen niet verantwoord is. Vergoeding wordt verleend bij: ziekenhuisopname en –ontslag, dagverpleging en revalidatiedagbehandeling, niet-klinisch specialistische behandeling. Vervoer kan plaatsvinden per ambulance, taxi, auto, veerboot of helikopter. Bij gebruik van een eigen auto bedraagt de vergoeding het belastingvrije forfaitaire bedrag per kilometer van de afstand tussen de plaats van vertrek en bestemming. Niet vergoed worden: ziekenvervoer wegens tijdelijk verlof, ziekenvervoer van en naar een behandeling die vergoed wordt uit de AWBZ, ziekenvervoer van en naar een behandeling die niet wordt vergoed.

20 Omvang van de dekking Kinderen

Alle onderstaande dekkingen zijn van toepassing op de Zorg polis. De dekking omvat de volgende vergoedingen:

Bevalling en kraamzorg

Vergoeding voor de kosten van een bevalling in een ziekenhuis of polikliniek, en verloskundige hulp inclusief voor- en nazorg bij thuisbevalling.

Bevallingsuitkering

Bij bevalling thuis wordt een uitkering verleend van € 1.200.

Bij poliklinische bevalling of bevalling in een kraamziekenhuis wordt een uitkering verleend van € 1.050.

Bij ziekenhuisopname wordt een uitkering verleend van € 1.200 onder aftrek van € 150 per in rekening gebrachte opnamedag (de dag van opname en ontslag tellen hierbij samen voor één).

Kraamzorg in natura

Verzekerde kan in plaats van de bevallingsuitkering kiezen voor kraamzorg in natura thuis. De aanvraag hiervoor moet vijf maanden van tevoren bij de verzekeraar binnen zijn. Het aantal uren kraamzorg is maximaal 48, verspreid over maximaal 10 dagen. Is er voor kraamzorg in natura gekozen en doet zich binnen een periode van acht dagen na de bevalling alsnog een opname voor, dan wordt voor elke opnamedag zes uur kraamzorg in mindering gebracht. De verzekeraar heeft geen leveringsplicht en geeft geen garantie voor voldoende kraamzorg. In het geval de kraamzorg in natura niet of onvoldoende geleverd wordt, zal een bevallingsuitkering worden verstrekt naar evenredigheid.

Kraampakket

Verzekerde heeft recht op een kraampakket.

Kraamhotel

De kosten van een kraamhotel komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Gezonde zuigeling

Vergoeding voor de kosten van verblijf van de (gezonde) baby die bij de moeder in het ziekenhuis verblijft. Vergoeding vindt plaats volgens het tarief 'gezonde zuigeling', en zolang de verzekeraar de verpleegkosten voor de moeder vergoedt, en totdat de baby drie maanden oud is.

Gezonde moeder

Vergoeding voor de kosten van verblijf van de (gezonde) moeder die bij de baby in het ziekenhuis verblijft. Vergoeding vindt plaats volgens het tarief 'gezonde moeder', tot maximaal 10 dagen en zolang de verzekeraar de verpleegkosten voor de baby vergoedt.

Erfelijkheidsadvies

Vergoed worden de honoraria en kosten voor hulp verleend door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek ten behoeve van verzekerde(n) op advies van een arts. Indien niet verzekerde familieleden bij het onderzoek worden betrokken, worden de kosten hiervan eveneens vergoed.

Leukemie bij kinderen

Vergoeding voor de kosten die de SKION in rekening brengt voor centrale diagnostiek alsmede coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten.

Logeerhuizen

Vergoeding voor de eigen bijdrage tot een maximum van € 12 per dag voor verblijf van de ouders in een logeerkamer, dat is verbonden aan een ziekenhuis bij opname van een meeverzekerd kind, gedurende de tijd dat het kind is opgenomen.

Vergoeding voor de verblijfskosten van een verzekerde patiënt in het Prinses Margriethuis van de Nederlandse Lever en Darmstichting. Moeten de ouders in verband hiermee ook bij het ziekenhuis overnachten, wordt vergoeding verleend tot € 25 per nacht.

Therapeutisch kamp

Vergoeding bij verblijf in een therapeutisch kamp voor astmatische jongeren tot 21 jaar tot een maximum van € 7 per dag en tot ten hoogste 42 dagen per kalenderjaar per verzekerde, mits het verblijf geschiedt op advies van een arts.

Vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

Vergoeding voor de kosten van de volgende vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen bij ongewilde kinderloosheid van een vrouwelijke verzekerde jonger dan 41 jaar:

- KI, IUI: maximaal 6 pogingen. Per poging geldt een eigen bijdrage van € 100;
- IVF, IVF-ICSI: maximaal 3 pogingen. Per poging geldt een eigen bijdrage van € 500.

Vergoeding na toestemming vooraf. Niet vergoed worden de kosten van MESA- en TESEbehandelingen.

21 Omvang van de dekking Tandem

Alle onderstaande dekkingen zijn van toepassing op de Zorg polis. De dekking omvat de volgende vergoedingen:

Orthodontie (gebitsregulatie)

Vergoed worden de kosten van gebitsregulatie door een tandarts of orthodontist(e) met een maximum van € 1.500 over de gehele verzekeringsduur per verzekerde.

Tandheelkunde - behandeling door een kaakchirurg

Vergoeding voor de kosten van behandeling door een kaakchirurg op verwijzing van huisarts of tandarts.

Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

Vergoeding voor tandheelkundige behandelingen in een beperkt aantal bijzondere gevallen. Deze gevallen staan vermeld in de Regeling Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen. De regeling is op aanvraag verkrijgbaar. Vergoeding na toestemming vooraf.

Tandheelkundige hulp aan meeverzekerde kinderen

Voor meeverzekerde kinderen worden de kosten tot maximaal € 350 per verzekerde per kalenderjaar vergoed, van behandeling door een tandarts, met inbegrip van;

1. prothetische voorzieningen;
2. parodontologische behandelingen (de zogenaamde T-codes) door een parodontoloog.

Deze dekking is van kracht tot het einde van het jaar waarin de verzekerde 20 wordt.

Tandheelkundige hulp aan verzekerden vanaf 20 jaar

Voor verzekerden vanaf 20 jaar worden de kosten van behandeling door een tandarts vergoed aan het natuurlijk gebit, indien dit uitsluitend het noodzakelijk gevolg is van een ongeval;

1. tot 80% van de kosten, met een maximum van € 250 per gebeurtenis;
2. met inbegrip van prothetische voorzieningen.

22 Omvang van de dekking Buitenland

Alle onderstaande dekkingen zijn van toepassing op de Zorg polis. De dekking omvat de volgende vergoedingen:

Niet-spoedeisende behandeling in een ander land van de Europese Unie


Na toestemming vooraf kunnen behandelingen die op grond van deze verzekering in Nederland worden vergoed ook in een ander land van de Europese Unie worden ondergaan. Hieraan worden gelijke voorwaarden gesteld als bij een behandeling in Nederland. Voor de bepaling van de vergoeding wordt de behandeling geacht in Nederland te hebben plaatsgevonden. Maximaal worden dus de kosten vergoed die bij behandeling in Nederland zouden zijn vergoed. Als de behandeling naar Nederlandse medische normen niet zou hebben plaatsgevonden, wordt geen vergoeding verleend. Behandelingen die niet doelmatig of onnodig kostbaar zijn worden niet vergoed. Behandelingen die naar Nederlandse maatstaven experimenteel zijn worden niet vergoed.

Spoedeisende hulp: werelddekking (inclusief Europese Unie)

Deze verzekering geeft recht op volledige vergoeding voor de kosten van niet te voorziene en spoedeisende medische hulp die buiten Nederland wordt verleend. Onder deze dekking vallen de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer, verpleging bij opname in een plaatselijk erkend ziekenhuis, hulp door een specialist, huisarts of tandarts en de door een arts voorgeschreven medicijnen. Maximaal worden 365 verpleegdagen vergoed. Voorwaarde voor vergoeding is dat verzekerde Nederlands ingezetene is en de voorgenomen verblijfsduur in het buitenland korter dan 6 maanden. De vergoeding vindt plaats volgens de middenkoers van de dag waarop de nota is uitgeschreven.

Hulpverlening

Na toestemming vooraf is de volgende hulpverlening beschikbaar:

 +031 20 5929121

- a. Garantstelling: Op verzoek geeft de verzekeraar een garantieverklaring af aan het ziekenhuis.
- b. Toezending van geneesmiddelen voor zover dit door de geldende douanebepalingen wordt toegestaan en voor zover ter plaatse geen redelijke alternatieven verkrijgbaar zijn.
- c. Repatriëring: Vergoeding voor de kosten van medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland, inclusief de kosten van medische begeleiding. Dit tot ten hoogste € 7.000 per verzekerde per gebeurtenis.
- d. Repatriëring stoffelijk overschot: vergoeding voor de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot naar de woonplaats. In geval besloten wordt tot begravenis of crematie ter plaatse worden de reiskosten vergoed die gemaakt worden voor het bijwonen van de begravenis of crematie door de echtgenoot/partner en familieleden in de eerste en tweede graad. Ingeval van repatriëring of begravenis/crematie ter plaatse geldt een maximum van € 7.000 per geval.
- e. Begeleiding bij repatriëring: vergoeding voor de extra reis- en verblijfskosten van een medeverzekerde reisgenoot of partner/echtgenoot, die meereist bij repatriëring naar de woonplaats.
- f. Tolkservice.
- g. De noodzakelijke voorschotbetalingen.
- h. Overkomst van familieleden: Als verzekerde in het buitenland door ziekte of ongeval, volgens de plaatselijke behandelend arts in levensgevaar verkeert, vergoedt de verzekeraar aan maximaal twee familieleden hun overkomst uit Nederland, hun verblijfskosten in hotel of pension tot € 100 per persoon per dag voor maximaal 10 dagen tot de eerstkomende gelegenheid van terugkeer alsmede hun terugreis per openbaar vervoer naar Nederland.

23 Omvang van de dekking Tandem Zorg Plus

Onderstaande dekking is uitsluitend van toepassing indien het op het polisblad staat vermeld. De dekking omvat de volgende vergoedingen:

Strekking van de verzekering

De verzekeraar vergoedt, volgens de bepalingen van deze polis, 80% van de kosten van tandheelkundige hulp aan verzekerde(n):

1. gemaakt tijdens de duur van de verzekering;
2. door een in Nederland gevestigde tandarts in rekening gebracht;
3. tot het maximum bedrag dat, per verzekerde, op het polisblad is vermeld.

Vergoeding per soort behandeling geschiedt op basis van het door het College Tarieven Gezondheidszorg krachtens de Wet Tarieven Gezondheidszorg vastgestelde rechtsgeldige tarief (UPT). Voor de vaststelling van het recht op vergoedingen is bepalend het tijdstip waarop de desbetreffende kosten zijn gemaakt.

Dekking Overig

- a. Vergoed worden, voor 80%, techniekkosten van behandelingen verricht door de tandarts of in opdracht en onder naam van de tandarts.
- b. Vergoed worden, voor 80%, de kosten van tandtechnische behandelingen verricht door tandtechnici, mits deze geschieden in opdracht en onder naam van de tandarts.
- c. Vergoed worden, voor 80%, de kosten van verrichtingen en leveringen door tandheelkundige instituten - ook tandtechnische inrichtingen genaamd -, alsmede verrichtingen en leveringen door artsen, tandartsen of tandheelkundigen, die hun diensten verrichten in relatie met of ten behoeve van genoemde instituten en inrichtingen. Dit mits deze geschieden in opdracht en onder naam van de tandarts.
- d. Vergoed worden, voor 80%, de kosten van verrichtingen door een mondhygiënist(e).
- e. Wanneer er sprake is van een ongeval worden eventuele extra kosten van tandarts en techniekkosten vergoed;
 - aan het natuurlijk gebit tot ten hoogste € 150 per beschadigd element;
 - aan bestaande prothetische voorzieningen tot ten hoogste € 500.

Deze extra kosten komen voor vergoeding in aanmerking, indien het ongeval plaatsgevonden heeft binnen de looptijd van

de verzekering en de kosten binnen één jaar na het ongeval gemaakt zijn.

Deze extra vergoeding wordt slecht éénmaal per kalenderjaar per verzekerde verleend en geldt naast de normale vergoeding, ook indien het verzekerde bedrag, per verzekerde, per jaar wordt overschreden.

Indien naast de Tandem Zorg Plus Polis eveneens een Extra Zorg polis of Zorg polis bij de verzekeraar loopt, vervalt de dekking voor tandheelkundige hulp bij een ongeval op de Extra Zorg polis of Zorg polis (artikel 21 Tandem van de Extra Zorg en Zorg polis).

Behandelingen die onnodig kostbaar of tandheelkundig ondoelmatig zijn worden niet vergoed. Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van, en in verband met, implantaten en transplantaten. Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van röntgenfoto's.

Tevens komt niet voor vergoeding in aanmerking:

- Ontbrekende elementen: Niet vergoed worden de kosten van het opvullen van diastemen (ontbrekende elementen) die op het moment van ingang van de verzekering aanwezig waren.
- Verzuimde afspraken: Niet vergoed worden de kosten van verzuimde afspraken.
- Behandlingsadviezen: Niet vergoed worden de kosten van behandelingsadviezen.

N.V. Verzekeringsmaatschappij Rijnmond

Bezoekadres: Westblaak 67, Rotterdam



Postbus 184

3000 AD Rotterdam



www.rijnmond.com