

Inhoudsopgave

1	Begripsomschrijvingen	4
1.1	Algemeen	4
1.2	Alternatieve geneeswijzen	4
1.3	Ziektegeval/medische noodzaak	5
1.4	Buitenland	5
1.5	Tandheelkundige behandeling	5
1.6	Therapieën	5
1.7	Letselschadeservice	6
2	Dekking	6
2.1	Omvang van de dekking	6
2.2	Vrije keuze	10
2.3	Gemaximeerde wachttijden	10
2.4	Uitsluitingen	11
3	Algemeen	12
3.1	Grondslag van de verzekering	12
3.2	Begin en einde van het recht op vergoeding	12
3.3	Strekking van de verzekering	13
3.4	Registratie van persoonsgegevens	13
3.5	Verrekening	13
4	Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde	13
5	Premie	14
5.1	Premiebepaling	14
5.2	Premiebetaling	14
5.3	Niet-betaling	14
5.4	Premierestitutie	15
6	Duur van de verzekering	15
6.1	Algemeen	15
6.2	Beëindiging	15
6.3	Nederlandse ingezetene	15
7	Wijzigingen	15
7.1	Melding	15
7.2	Adres	16
8	Herziening van premie en/of voorwaarden	16
8.1	Herziening	16
8.2	Recht van opzegging	16
8.3	Voortzetting verzekering	16
9	Vrijwaring van aansprakelijkheid	16
10	Geschillenregeling en toepasselijk recht	17

1 Begripsomschrijvingen

1.1 Algemeen

- 1 **De verzekeraar**
De verzekeringsinstelling waarmee de verzekeringsovereenkomst is aangegaan.
- 2 **Verzekeringnemer**
Degene, die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.
- 3 **Verzekerde**
Ieder die als zodanig op de (het) polis(-aansluiting) of op het bewijs van inschrijving is vermeld.
- 4 **Gezin**
De op het polisblad vermelde personen, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk huishouden ter beoordeling van de verzekeraar.

1.2 Alternatieve geneeswijzen

- 1 **Acupunctuur**
Behandeling verricht door een arts, tandarts of paramedicus, die is aangesloten bij de Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV), de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA), of bij de Nederlandse Acupunctuur Vereniging voor Tandartsen.
- 2 **Antroposofie**
Behandeling verricht door een arts die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA) dan wel een therapeut die is geregistreerd bij een beroepsvereniging aangesloten bij de Federatie van Antroposofische Gezondheidszorg (FAG).
- 3 **Chiropractie**
Behandeling verricht door een arts of (para)medicus die is aangesloten bij de Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA).
- 4 **Homeopathie**
Behandeling verricht door een arts, tandarts of paramedicus die is aangesloten bij de Vereniging Homeopathische Artsen Nederland (VHAN), de Nederlandse Vereniging van Homeopathische Tandartsen of de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH).
- 5 **Manuele geneeskunde**
Behandeling verricht door een arts die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde (NVAMG) of bij de Nederlandse Vereniging van Manueel Therapeuten (NVMT).
- 6 **Natuurgeneeswijzen**
Behandeling verricht door een arts of paramedicus die is aangesloten bij de Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuurgeneeskunde (ABNG) of bij de Landelijke Vereniging van Natuurgeneezers (LVN).

7 Osteopathie

Behandeling verricht door een therapeut die is aangesloten bij het Nederlands Register voor Osteopathie (NRO) of de Nederlandse Associatie van Gediplomeerde Osteopaten (NAGO).

1.3 Ziektegeval/medische noodzaak

1 Ziektegeval

Elke ononderbroken behoefte aan geneeskundige behandeling, voortgekomen uit dezelfde ziekteoorzaak of ziekteorzaken dan wel hetzelfde ongeval.

2 Medische noodzaak

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

1.4 Buitenland

1 Algemeen ziekenhuis in het buitenland

Een in het buitenland gelegen inrichting voor volledige verpleging en volledige specialistische - met name ook operatieve - behandeling van patiënten, niet zijnde een verpleeghuis, rust-, kuur- of herstellingsoord. Als zodanig worden evenmin beschouwd die gedeelten van dergelijke inrichtingen die als sanatorium of als psychiatrische afdeling worden gebruikt.

2 Zorgverlener/zorgverlenende inrichting of instantie in het buitenland

Een ter plaatse bevoegde zorgverlener/zorgverlenende inrichting of instantie, die volgens de aldaar geldende normen als zodanig wordt aangemerkt.

1.5 Tandheelkundige behandeling

1 Tandarts

Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG (Wet op beroepen in de Individuele Gezondheidszorg).

2 Orthodontist

Een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Verzekeraar tot Bevordering der Tandheelkunde.

3 Tandheelkundig adviseur

De tandarts die de verzekeraar in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.

1.6 Therapieën

1 Huidtherapeut

Therapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten en in het bezit is van het diploma van de Feldbergkliniek.

2 Logopedist

Een in Nederland gevestigde logopedist die als zodanig staat geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie.

3 Podotherapie

Behandeling verricht door een therapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten of Omni Podo Federatie (OPF).

4 Psycholoog

Erkend eerstelijns psycholoog die als zodanig is aangesloten bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

1.7 Letselschadeservice

De hulp bij het verhalen van persoonlijke schade op derden die verantwoordelijk zijn voor het veroorzaken van deze schade.

2 Dekking

2.1 Omvang van de dekking

1 Tandheelkundige hulp aan verzekerden jonger dan 18 jaar

Vergoeding wordt verleend:

- van 50% van de kosten van behandeling door een tandarts, een dienst jeugd-tandverzorging, of orthodontist, op basis van het door het CTG vastgestelde tarief voor behandelkosten vermeerderd met materiaal- en techniekkosten, tot een maximum van f 750,- per kalenderjaar per verzekerde.

2 Tandheelkundige hulp door een tandarts aan verzekerden vanaf 18 jaar

Vergoeding wordt verleend:

- van 50% van de kosten van behandeling door een tandarts of orthodontist, op basis van het door het CTG vastgestelde tarief voor behandelkosten vermeerderd met materiaal- en techniekkosten, tot een maximum van f 750,- per kalenderjaar per verzekerde.

3 Tandheelkundige hulp als gevolg van een ongeval

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van tandheelkundige hulp, direct voortvloeiend uit een ongeval tot een maximum van f 1500,-;
- onder het begrip ongeval wordt verstaan: een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van een persoon, van buitenaf en buiten diens wil door toedoen van een derde, waardoor naast tandheelkundig letsel aantoonbaar ander medisch letsel is veroorzaakt;
- het ongeval dient binnen dertig dagen aan de verzekeraar gemeld te worden;
- na schriftelijke TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

4 Alternatieve geneeswijzen

Vergoeding wordt verleend:

- voor homeopatie, acupunctuur, osteopathie, natuurgeneeswijzen, antroposofie, manuele geneeskunde en chiropractie, door een in Nederland tot het uitoefenen van de geneeskunst bevoegde en gevestigde arts, tandarts, paramedicus of therapeut;
- voor geneesmiddelen en therapieën die zijn voorgeschreven door een bovengenoemde arts, tandarts, paramedicus of therapeut;
- van 75% van de gezamenlijke kosten van bovengenoemde consulten, behandelingen en verstrekkingen tot een maximum van f 750,- per kalenderjaar per verzekerde.

5 Buitenlanddekking: vaccinaties

Vergoeding wordt verleend:

- voor vaccinaties en/of tabletten noodzakelijk voor de door de verzekerde te bezoeken landen tegen:
 - Hepatitis A en B;
 - DTP;
 - Gele koorts;
 - Typhus;
 - Cholera;
 - Meningococcen;
 - Gamma-globuline.
- van 50% van de kosten, tot een maximum van f 200,- per kalenderjaar per verzekerde.

6 Buitenlanddekking: vervoer

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer vanuit het buitenland naar een ziekenhuis of de woonplaats van de verzekerde in Nederland met een in overleg met de verzekeraar te bepalen vervoermiddel;
- voor de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden in het buitenland naar Nederland;
- na schriftelijke TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar.

TIP

Neem altijd als u naar het buitenland gaat het telefoonnummer van de ZAO Alarmcentrale mee: 020 342 12 12

7 Hulpmiddelen: eigen bijdragen en verstrekkingen

Vergoeding wordt verleend:

- voor de eigen bijdragen en eigen betalingen van hulpmiddelen, krachtens de regeling Hulpmiddelen zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, tot een maximum van f 200,- per kalenderjaar per verzekerde;
- mits de verstrekking geschiedt op voorschrift van de behandelend arts;
- na schriftelijke TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

8 Therapeutische kamp voor astmatische jongeren:

Vergoeding wordt verleend:

- voor verblijf in een therapeutisch kamp voor astmatische jongeren, dat plaatsvindt voor de 18-jarige leeftijd wordt bereikt;
- van f 15,- per dag tot een maximum van 42 dagen per kalenderjaar per verzekerde;
- mits het verblijf geschiedt op voorschrift van de behandelend arts;
- na schriftelijke TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar.

9 Somatisch herstellingsoord:

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van verblijf in één van de volgende herstellingsoorde:
 - Daidalos, het Wilhelminahuis, de Kim, de Wiltzang en Overbosch;

- tot een maximum van:
 - f 50,- per dag;
 - 42 dagen per kalenderjaar per verzekerde.
- mits het verblijf geschiedt op voorschrift van de behandelend arts;
- na schriftelijke TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar.

10 Vakantie en handicap

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van thuiszorg verleend aan een gehandicapte tijdens een vakantiereis;
- voor zover de vakantiereis en de thuiszorg zijn geregeld door IHD Zorg in het buitenland;
- mits de vakantiereis geschiedt in overleg met de behandelend arts;
- voor de kosten van thuiszorg voor gehandicapten verleend door de Stichting Thuisverzorging van Gehandicapten tijdens de vakantieperiode van de vaste mantelzorg;
- na schriftelijke TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

11 Camouflagetherapie

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van te volgen instructielessen en de cosmetische produkten;
- indien er sprake is van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals;
- tot een maximum van f 250,- per kalenderjaar per verzekerde;
- mits de behandeling geschiedt op voorschrift van de behandelend arts;
- na schriftelijke TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar.

12 Electrisch epileren in het gelaat

Vergoeding wordt verleend:

- indien er sprake is van hirsutisme (overmatige plaatselijke haargroei) in het gelaat bij vrouwelijke verzekerden;
- van 75% van de kosten, tot een maximum van f 1.200,- éénmalig gedurende de looptijd van de verzekering;
- mits de behandeling geschiedt op voorschrift van de behandelend arts;
- na schriftelijke TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar.

13 Lymfedrainage

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van behandeling door een erkend huidtherapeut;
- indien er sprake is van ernstig lymfoedeem;
- tot een maximum van f 500,- per kalenderjaar per verzekerde;
- mits de behandeling geschiedt op voorschrift van de behandelend arts;
- na schriftelijke TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar.

14 Podotherapie

Vergoeding wordt verleend:

- voor behandeling door een erkend podotherapeut;
- indien er sprake is van reumatische aandoeningen of suikerziekte;
- van 75% van de kosten, tot een maximum van f 150,- per kalenderjaar per verzekerde;
- mits de behandeling geschiedt op voorschrift van de behandelend arts;
- na schriftelijke TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar.

15 Psoriasisdagbehandeling

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van behandeling die plaatsvindt in één van de erkende centra voor psoriasisdagbehandeling in Nederland;
- voor één aaneengesloten behandeling per drie jaar per verzekerde;
- tot een maximum van f 1.650,- per behandeling;
- voor de reiskosten tot een maximum van f 500,- per behandeling;
- mits de behandeling geschiedt op voorschrift van de behandelend arts;
- na schriftelijke TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar.

16 Psychologische hulp

Vergoeding wordt verleend:

- voor behandeling door een erkend eerstelijns psycholoog;
- van 50% van de kosten, tot een maximum van f 200,- per kalenderjaar per verzekerde;
- mits de behandeling geschiedt op voorschrift van de behandelend arts;
- na schriftelijke TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar.

17 Stottertherapie

Vergoeding wordt verleend:

- voor behandeling en verblijf in een instituut voor stottertherapie;
- voor zover de therapie wordt toegepast door een logopedist;
- mits geen vergoeding wordt verleend krachtens de Standaard Pakket Polis;
- van 75% van de kosten, tot een maximum van f 750,- per kalenderjaar per verzekerde;
- mits de behandeling geschiedt op voorschrift van de behandelend arts;
- na schriftelijke TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar.

18 Fysiotherapie en oefentherapie

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van (gezaamenlijk) maximaal negen extra behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck per kalenderjaar per verzekerde;
- mits geen vergoeding wordt verleend krachtens de StandaardPakketPolis;
- mits de therapie geschiedt op voorschrift van de behandelend arts;
- na schriftelijke TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar.

19 Verpleegartikelen

Vergoeding wordt verleend:

- indien een verzekerde thuis wordt verpleegd en indien en voor zolang krachtens de Standaard Pakket Polis vergoeding wordt verleend voor aanvullende thuisverpleging;
- van 75% van de kosten, tot een maximum van f 750,- per kalenderjaar per verzekerde;
- mits de verstrekking geschiedt op voorschrift van de behandelend arts;
- na schriftelijke TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar.

20 Voedingsmiddelen

Vergoeding wordt verleend:

- indien een verzekerde
 - thuis wordt verpleegd en indien en voor zolang krachtens de Standaard Pakket Polis vergoeding wordt verleend voor aanvullende thuisverpleging;
 - is aangewezen op kunstmatige- of sondevoeding;
- onder aftrek van een eigen bijdrage van f 7,- per dag;
- mits de verstrekking geschiedt op voorschrift van de behandelend arts;
- na schriftelijke TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar.

21 Logeerhuis

Vergoeding wordt verleend:

- bij opname van een meeverzekerd kind, voor verblijf van de ouders in een logeerhuis verbonden aan een ziekenhuis;
- voor de verschuldigde eigen bijdrage tot een maximum van f 25,- per dag of nacht.

22 Ziekenbezoek

Vergoeding wordt verleend:

- bij opname van een meeverzekerd kind, voor de kosten van vervoer van de ouders van het woonadres naar het in Nederland gevestigde ziekenhuis en terug;
- voor zover het vervoer geschiedt langs de kortst gebruikelijke route en voor zover de afstand van het woonadres tot het ziekenhuis groter is dan 40 kilometer;
- van de belastingvrije km-vergoeding (per 01-01-2001 f 0,60) voor de totale reisafstand verminderd met 40 kilometer;
- tot een maximum van vier maal per week.

23 Letselschadeservice

Hulp bij het verhalen van de persoonlijke schade op derden die verantwoordelijk zijn voor het veroorzaken van deze schade:

- als de verzekerde slachtoffer is van een ongeval;
- onder persoonlijke schade valt onder meer materiële schade, inkomensverlies en smartengeld.

Bij het uitvoeren van de verhaalsacties werkt de verzekeraar samen met een daartoe gespecialiseerd expertisebureau. Aan de Letselschadeservice van de verzekeraar zijn voor de verzekerde geen kosten verbonden. Indien tijdens de verhaalszaak in overleg met de verzekerde besloten wordt tot een rechtszaak, is de verzekerde een inkomensafhankelijke bijdrage in de (proces)kosten verschuldigd.

TIP

**Bel naar ZAO Verhaalszaken (020 567 18 88)
met vragen over de Letselschadeservice**

2.2 Vrije keuze

De verzekerde is vrij in de keuze van de zorgverlener/zorgverlenende inrichting of instantie, zoals genoemd in de polisvoorwaarden.

2.3 Gemaximeerde wachttijden

- 1 De verzekeraar garandeert de verzekeringnemer dat deze voor bepaalde operaties binnen een redelijke termijn geholpen wordt via de ZAO Zorgservice. Voor de volgende operaties gelden de vermelde gegarandeerde maximale wachttijden:

• staaroperaties	behandeling binnen 13 weken;
• dotterbehandelingen	behandeling binnen 8 weken;
• open hart operaties	behandeling binnen 10 weken;
• heup- en knieoperaties	behandeling binnen 13 weken.

- 2 De wachttijd vangt aan op het moment dat de behandelend arts de diagnose heeft gesteld, de verzekeringnemer voor de gewenste ingreep heeft aangemeld in een ziekenhuis of kliniek én de verzekeringnemer zich heeft aangemeld bij de ZAO Zorgservice (telefoonnummer 020 3421277). Mocht de verzekeraar niet in staat zijn de operatie binnen de gegarandeerde termijnen te regelen, dan vergoedt de verzekeraar de beoogde ingreep in een ziekenhuis naar keuze binnen of buiten Nederland. De vergoeding vindt plaats naar Nederlands prijsniveau.

TIP

**Bel ZAO Zorgservice met vragen over wachttijden voor operaties:
020 342 12 77**

2.4 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten bestaat:

- 1 voor ziekten en afwijkingen, welke reeds bestonden voor het aanvragen van de verzekering, indien de verzekeringnemer of de verzekerde daarvan toen reeds kennis droeg of klachten ondervond. Het bovenstaande is niet van toepassing indien de verzekeringnemer de verzekeraar van de bewuste ziekten, afwijkingen of klachten schriftelijk op de hoogte heeft gebracht en de verzekeraar daarvoor bij het aanvaarden van de verzekering geen bijzondere voorwaarden heeft gesteld.
- 2 voor tandheelkundige implantaten en de kosten verbandhoudende met het inbrengen daarvan in de kaak, alsmede kosten verbonden aan tandheelkundige gezondheidsverklaringen, niet tijdig afgemelde afspraken en behandelingsadviezen.
- 3 voor onderdelen van de tandheelkundige zorg die krachtens de Standaard Pakket Polis of krachtens de AWBZ zijn geregeld.
- 4 indien en voor zover door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt krachtens:
 - een wettelijk geregelde verzekering;
 - een regeling van overheidswege;
 - enigerlei subsidieregeling;
 - een andere overeenkomst.
- 5 voor de behandeling van aandoeningen veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, onverschillig hoe deze reacties zijn ontstaan.
 - a Deze uitsluiting geldt niet voor schade veroorzaakt door radioactieve nucleïden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en worden gebruikt of zijn bestemd om te worden gebruikt voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225).
 - b Het onder a vermelde is niet van toepassing wanneer krachtens de Nederlandse of een buitenlandse wet een derde aansprakelijk is voor de geleden schade.
- 6 voor de behandeling van aandoeningen veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie.

De zes genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gedeponereerd.

TIP

Houd er rekening mee dat in een aantal gevallen geen recht op vergoeding bestaat. U vindt deze gevallen onder 'Uitsluitingen'

3 Algemeen

3.1 Grondslag van de verzekering

1 Aanvraag

Het aanvraagformulier met de daarin door de verzekeringnemer of de verzekerde gedane, al dan niet eigenhandig geschreven mededelingen, alsmede eventuele schriftelijke gegevens, daarbij afzonderlijk door verzekeringnemer of verzekerde verstrekt, gelden als grondslag van deze verzekering en worden geacht één geheel met de polis uit te maken.

2 Combinatie

De aanvullende verzekering kan slechts worden gesloten en van kracht blijven in combinatie met de Standaard Pakket Polis. Vergoeding krachtens de aanvullende verzekering vindt plaats nadat de vergoedingsregeling geldend op de Standaard Pakket Polis volledig is benut.

3 Verzwijging

De verzekeraar is geen vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen, indien de mededelingen in het aanvraagformulier dan wel de afzonderlijke gegevens, in strijd waren met de waarheid of omstandigheden werden verzwegen, welke van dien aard zijn, dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien de verzekeraar daarvan kennis had gedragen.

4 Meeverzekering kinderen

Voor kinderen, geboren tijdens de duur van de verzekering, is de verzekering vanaf de geboorte van kracht ongeacht eventueel aangeboren ziekten of afwijkingen, mits:

- zij binnen een maand na hun geboorte aan de verzekeraar ter verzekering zijn voorgedragen;
- alle daarvoor in aanmerking komende kinderen zijn verzekerd onder deze polis.

Meeverzekerd kunnen worden de ongehuwde eigen, stief-, pleeg-, en adoptiekinderen tot 18 jaar.

3.2 Begin en einde van het recht op vergoeding

De verzekeringnemer heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover gemaakt tijdens de periode gedurende welke deze verzekering van kracht is, waarbij de datum van behandeling bepalend is:

- vanaf de ingangsdatum van de verzekering, wanneer deze gelijktijdig is af-

gesloten met de Standaard Pakket Polis en mits de verzekerde direct hieraan voorafgaand zijn ziektekostenverzekering bij ZAO had lopen.

- vanaf zes maanden na de ingangsdatum van de verzekering, wanneer deze later is afgesloten dan de Standaard Pakket Polis.

3.3 Strekking van de verzekering

Vergoeding wordt verleend van kosten verbonden aan medische behandeling:

- voor elke op het polisblad genoemde verzekerde;
- voor zover de kosten zijn verzekerd volgens artikel 2 en zijn omschreven in artikel 1;
- mits en zolang de behandeling medisch noodzakelijk is en deze medische noodzaak kan worden aangetoond;
- tot ten hoogste de tarieven, zoals deze zijn vastgesteld door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (CTG) krachtens de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG).
- tot het tarief dat door of namens de verzekeraar is overeengekomen met de zorgverlener/zorgverlenende inrichting of instantie.

Indien en voor zover de verzekeraar meer vergoedt dan zij krachtens één van de polisvoorwaarden is verplicht, wordt de verzekerde geacht aan de verzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de verzekeraar van het door of namens verzekerde teveel betaalde.

3.4 Registratie van persoonsgegevens

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

Ten aanzien van de persoonsregistratie en het verwerken van persoonsgegevens hanteert de verzekeraar de geldende privacywet (vanaf 2001: Wet bescherming persoonsgegevens).

3.5 Verrekening

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

4 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde

De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht er voor te zorgen:

- 1 dat de TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar, zoals die is vereist voor een aantal behandelingen en verstrekkingen, op een zodanig tijdstip wordt aangevraagd, dat de verzekeraar de gelegenheid heeft alle gewenste inlichtingen te verkrijgen en znodig nadere voorwaarden te stellen aan de voorgenomen behandeling of verstrekking;
- 2 dat de door de verzekeraar gestelde nadere voorwaarden strikt in acht worden genomen;
- 3 dat desgevraagd aan de verzekeraar, aan haar geneeskundig adviseur of aan hen, die met de controle zijn belast, medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van alle gewenste inlichtingen;
- 4 de originele nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de verzekeraar in te dienen, waarbij gebruik dient te worden gemaakt van een door de verzekeraar te verstrekken

-
- declaratieformulier. Bepalend voor het recht op uitkering is de behandeldatum of leverantie, niet de datum waarop de nota is uitgeschreven;
- 5 dat computernota's zijn gewaarmerkt door de zorgverlener;
 - 6 dat alle nota's op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden;
 - 7 dat de verzekeraar alle medewerking krijgt bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde.

Als de belangen van de verzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van de hiervoor vermelde verplichtingen behoeft de verzekeraar geen kosten te vergoeden.

TIP

**Maak voor het indienen van nota's altijd gebruik van het declaratieformulier.
Dit bespoedigt de afhandeling**

5 Premie

5.1 Premiebepaling

Naast een premie per volwassene is de verzekeringnemer premie verschuldigd voor maximaal twee kinderen.

5.2 Premiebetaling

De verzekeringnemer is verplicht de premie en de kosten, hierna te noemen de premie, vooruit te betalen.

5.3 Niet-betaling

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, gelden de volgende bepalingen:

- de verzekeraar kan schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van dertig dagen, onder mededeling, dat bij niet-voldoening binnen de gestelde termijn, de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervalddag van de premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen;
- indien de verzekeraar maatregelen treft tot incasso van haar vordering, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer;
- de dekking wordt weer van kracht op de dag, volgende op die, waarop het verschuldigde bedrag, inclusief de kosten, door de verzekeraar is ontvangen. Voor de kosten waartoe de noodzaak of de verwachting om die te maken zich geopenbaard heeft in de tijd dat de dekking was opgeschort, is geen vergoeding verschuldigd.

5.4 Premierestitutie

Bij beëindiging van de verzekering voor één of meer personen zal restitutie plaatsvinden:

- in geval van overlijden, en wel per de eerste van de maand volgend op die waarin de verzekerde is overleden;
- in geval van beëindiging als bedoeld in artikel 8.2.

6 Duur van de verzekering

6.1 Algemeen

1 Termijn

De verzekering is aangegaan:

- in eerste termijn tot de op het polisblad vermelde datum;
- vervolgens voor een termijn zoals op het polisblad vermeld.

2 Voortzetting

De verzekering wordt stilzwijgend verlengd na afloop van een termijn, tenzij de verzekeringnemer ten minste drie maanden voor het verstrijken van de termijn de verzekering per aangetekend schrijven aan de verzekeraar heeft opgezegd.

6.2 Beëindiging

De verzekeraar heeft niet het recht de verzekering te beëindigen, behalve:

- in geval van beëindiging van de Standaard Pakket Polis;
- op een door haar te bepalen tijdstip in gevallen als bedoeld in artikel 3.1.3;
- in geval van schorsing als bedoeld in artikel 5.3.

6.3 Nederlands ingezetene

De verzekering eindigt voor een verzekerde op het tijdstip waarop deze ophoudt Nederlands ingezetene te zijn.

7 Wijzigingen

7.1 Melding

De verzekeringnemer is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het verzekerde gezin en iedere verandering die invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit deze verzekeringsovereenkomst voortvloeien, zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen dertig dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de verzekeraar mee te delen.

Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:

- het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enige andere publiekrechtelijke ziektekostenregeling (zoals IZA, IZR);
- verhuizing;
- huwelijk;
- samenwoning;
- geboorte;
- overlijden.

Door het nalaten van het hierboven bepaalde vervalt een eventueel recht op restitutie van premie.

7.2 Adres

Kennisgevingen door de verzekeraar aan de verzekeringnemer, gericht aan haar/zijn laatst bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

8 Herziening van premie en/of voorwaarden

8.1 Herziening

- De verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij haar lopende polissen en bloc dan wel groepsgewijze te herzien.
- Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de verzekeraar vast te stellen datum. De verzekeraar doet van een herziening mededeling, eventueel op premiekwantities.

8.2 Recht van opzegging

- De verzekeringnemer heeft het recht met een dergelijke herziening niet akkoord te gaan.
- Indien de verzekeringnemer dit binnen dertig dagen na de onder 8.1 genoemde datum schriftelijk aan de verzekeraar heeft meegedeeld, wordt de verzekering beëindigd per bedoelde datum, met restitutie van premie over de niet verstreken periode waarover de premie is betaald.

Deze mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing:

- bij een herziening van de premie en/of voorwaarden, die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen;
- bij een verlaging van de premie en/of vermeerdering van de dekking.

8.3 Voortzetting verzekering

Heeft de verzekeraar voor de 31e dag na de onder 8.1 genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen, dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

9 Vrijwaring van aansprakelijkheid

De verzekeraar is jegens de verzekeringnemer niet aansprakelijk voor schade door hem geleden als gevolg van enige daad of nalatigheid van een persoon of instelling, niet zijnde de verzekeraar, tot wie of welke de verzekeringnemer of de verzekerde zich heeft gewend om zijn aanspraak op een vergoeding in het kader van de Algemene Voorwaarden geldend te maken.

10 Geschillenregeling en toepasselijk recht

- 1 Klachten naar aanleiding van deze overeenkomst kunt u schriftelijk indienen. Stuur uw brief met uw klacht naar: ZAO Zorgverzekeringen, Postbus 12460, 1100 AL Amsterdam. Nadat de klacht ter kennisneming aan de verzekeraar is gebracht en naar uw mening niet naar tevredenheid is afgehandeld, kan deze worden voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN te Den Haag, tel 070 333 89 99.
- 2 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.