

Zorg en Zekerheid

ZIEKENFONDS & PARTICULIER



2003

**Polisvoorwaarden
Standaard Pakket Polis
Studenten Standaard Pakket Polis**

Polisvoorwaarden

Standaard Pakket Polis

Studenten Standaard Pakket Polis

2003

	Hoe krijgt u uw rekening vergoed?	5
1.	Begripsomschrijvingen	6
2.	Dekking	12
2.1	Omvang van de dekking	12
2.1.1	Eigen risico	12
2.1.2	Opname en medisch–specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis	12
2.1.3	Medisch–specialistische zorg anders dan door of vanwege een ziekenhuis	13
2.1.4	Revalidatie	13
2.1.5	Farmaceutische zorg, dieetpreparaten en verbandmiddelen	14
2.1.6	Hulpmiddelen	15
2.1.7	Fysiotherapie en oefentherapie	15
2.1.8	Ergotherapie	16
2.1.9	Logopedie	16
2.1.10	Behandeling door de huisarts	16
2.1.11	Bevalling en kraamzorg	16
2.1.12	Tandheelkundige zorg	18
2.1.13	Ziekenvervoer	22
2.1.14	Leukemie bij kinderen	22
2.1.15	Nierdialyse	23
2.1.16	Organtransplantaties	23
2.1.17	Chronisch intermitterende beademing	24
2.1.18	Audiologisch centrum	24
2.1.19	Trombosedienst	24
2.1.20	Erfelijkheidsonderzoek	24
2.2	Buitenland	25
2.3	Uitsluitingen	26
3.	Verzekeringsvoorwaarden	28
3.1	Grondslag van de verzekering	28
3.2	Kinderen	28
3.3	Vrije keuze	28
3.4	Opname in een hogere dan de verzekerde klasse	29
3.5	Begin en einde van de vergoeding	29
3.6	Registratie van persoonsgegevens	29
3.7	Verplichtingen van de verzekeringnemer	29
3.8	Premie en eigen risico	30
3.8.1	Premiebetaling	30
3.8.2	Schorsing	30
3.8.3	Eigen risico	31
3.8.4	Kennisgeving	31

4.	Herziening van de premie of voorwaarden	32
5.	Duur en einde van de verzekering	32
6.	Geschillen en klachten	33
7.	Waar kunt u terecht voor informatie?	34

Hoe krijgt u uw rekening vergoed?

Tenzij anders vermeld in de polisvoorwaarden gaat u als volgt te werk:

- de originele nota indienen bij Zorg en Zekerheid;
- deze nota dient uiterlijk voor 31 december van het jaar volgend op het jaar van de behandeling te zijn ingediend;
- met vermelding van uw inschrijfnnummer;
- met vermelding van uw bank- of gironummer en tenaamstelling;

U kunt dit sturen naar:

Zorg en Zekerheid
Team Betaling aan Verzekerden
Postbus 400
2300 AK Leiden

of kijk op
www.zorgenzekerheid.nl

Vragen

Heeft u vragen? Dan kunt u onze medewerkers van het Contact Center bellen. Zij zijn op werkdagen bereikbaar van 08.00 tot 18.00 uur op telefoonnummer (071) 5 825 825

1. Begripsomschrijvingen

(in alfabetische volgorde)

Audiologische zorg

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

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven in het betreffende register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

Bijkomende kosten

De neventarieven die door de instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

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

Centrum voor erfelijkheidsadvies

Een in Nederland gelegen instelling die conform de bij wet gestelde regels is toegelaten voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Dagverpleging

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

Dienstenstructuur

Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 29c van het Besluit werkingssfeer Wet Tarieven Gezondheidszorg 1992, dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Ergotherapeut

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

EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Ierland, Italië, Luxemburg, Oostenrijk, Portugal, Spanje, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

De bij ministeriële Regeling aangewezen onderdelen van farmaceutisch zorg, zoals verwoord in de regeling Farmaceutische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland.

Fysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Gezin

De op het polisblad vermelde personen, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk huishouden, zulks ter beoordeling van de verzekeraar.

Huisarts

Een arts die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Hulpmiddelen

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

Kaakchirurg

Een tandarts of specialist 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.

Kinderfysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Kraamzorg

Kraamcentrum

Een conform bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten instelling, alsmede de door de verzekeraar als zodanig erkende instelling.

Kraamzorg

De zorg verleend door een aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorgster, waarbij deze ten huize van de verzekerde verblijft en zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat conform bij wet gestelde regels als zodanig is toegelaten.

Logopedist

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

Manueel therapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Medisch adviseur

De arts die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

Medische noodzaak

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is.

Medisch specialist

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

Medisch-specialistische zorg

Zorg of onderzoek volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is en behorend tot het specialisme waarvoor de medisch specialist is ingeschreven.

Oedeemtherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

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

Opname

Opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een medisch specialist of een kaakchirurg noodzakelijk moet zijn.

Orthodontist

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

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch–specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een conform de bij wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

Tandarts

Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

Tandprotheticus

Een in Nederland gevestigd tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

Verloskundige

Een in Nederland gevestigde verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

Verzekeraar

Degene die het ziektekostenverzekeringsbedrijf uitoefent met uitzondering van ziekenfondsen en aangewezen organen die publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren uitvoeren.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op de polis, op het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Zelfstandig behandelcentrum

Een in Nederland gelegen centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

Ziekenhuis

Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten. Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlands Astma Centrum te Davos.

2. Dekking

2.1 Omvang van de dekking

Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt de verzekeraar de kosten van de hierna genoemde in Nederland ondergane medische behandelingen, conform de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen op basis van de door of namens verzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarieven. Indien geen tarief is overeengekomen vergoedt de verzekeraar genoemde kosten op basis van het alsdan rechtsgeldige tarief. Indien en voor zover de verzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens het bovenstaande gehouden is, wordt verzekerde geacht aan verzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de verzekeraar van het door verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

2.1.1 Eigen risico

Op de polis is een eigen risico van € 104,00 per gezin (alleenstaanden € 52,00) per kalenderjaar van toepassing. Dit eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoedingen waarop volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan worden gemaakt. Het eigen risico is niet van toepassing op ziekenvervoer, niet zijnde ambulancevervoer. Hiervoor geldt een specifiek eigen risico. In die gevallen waarin, op grond van één van de navolgende artikelen, een bedrag voor rekening van de verzekeringnemer blijft, tellen deze niet mee voor het bedrag van het eigen risico.

2.1.2 Opname en medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor:

- medisch-specialistische zorg in rekening gebracht door het ziekenhuis;
- opname in de derde klasse van een ziekenhuis gedurende het etmaal of een deel daarvan;
- dagverpleging in een ziekenhuis;
- bijkomende kosten.

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

2.1.3 Medisch-specialistische zorg, anders dan door of vanwege een ziekenhuis, in een huispraktijk

U heeft recht op een vergoeding van het honorarium van de medisch specialist voor de medisch-specialistische zorg die buiten het ziekenhuis wordt verleend.

2.1.3.1 Medisch-specialistische zorg in een zelfstandig behandelcentrum

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor:

- het honorarium van de medisch specialist;
- de bijkomende kosten.

Een lijst van zelfstandige behandelcentra is op aanvraag bij ons verkrijgbaar.

2.1.3.2 Medisch-specialistische zorg elders

U heeft recht op een vergoeding van het honorarium van de medisch specialist.

2.1.3.3 Opname voor bepaalde duur in het Nederlands Astma Centrum te Davos, Zwitserland (NAD)

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor onderzoek, opname en verder verblijf in het Nederlands Astma Centrum te Davos, indien en voor zover de noodzaak tot opname is vastgesteld na evaluatie van de klachten en na optimale behandeling in een ziekenhuis in Nederland. De verzekeraar dient naar aanleiding van een desbetreffend verzoek tevoren een machtiging afgegeven te hebben. De machtiging geldt voor een periode van zes weken tenzij door de verzekeraar anders is bepaald.

2.1.4 Revalidatie

- a. U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor revalidatie. Hiervoor gelden de volgende voorwaarden:
 - deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat en;
 - de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs te verwachten is.

b. Revalidatie kan plaatsvinden in:

- een klinische situatie (opname). Op vergoeding van kosten van revalidatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, bestaat alleen aanspraak indien daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
- in een poliklinische situatie (deeltijd-of dagbehandeling).

c. Vergoeding van de kosten, bedoeld onder artikel 2.1.4 lid a en artikel 2.1.4 lid b vindt uitsluitend plaats wanneer door of namens de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming bij de verzekeraar is gevraagd voor opname en/of behandeling en wanneer de verzekeraar als bewijs van toestemming een garantieverklaring heeft verstrekt aan de instelling. De aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Dit behandelplan dient tenminste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

2.1.5 Farmaceutische zorg, dieetpreparaten en verbandmiddelen

a. U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor farmaceutische zorg overeenkomstig de regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. De middelen moeten zijn afgeleverd op voorschrift van een huisarts, medisch specialist, tandarts, tandarts/specialist of verloskundige onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheker/apotheekhoudend huisarts, tenzij de verzekeraar anders bepaalt. Een geneesmiddel dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, komt voor vergoeding in aanmerking.

Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS) van toepassing.

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

b. U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor dieetpreparaten - overeenkomstig de regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld - na vooraf verleende toestemming door de verzekeraar. Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis, chronisch obstructief longlijden, cystische fibrose of een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand.

- c. De kosten voor verbandmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is vereist.

2.1.6 Hulpmiddelen

- a. U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor aanschaf dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen overeenkomstig de ministeriële Regeling Hulpmiddelen (inclusief de maximumbedragen) en het door de verzekeraar nader vastgestelde Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement maakt deel uit van de polis en is op aanvraag bij ons verkrijgbaar.

De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van de verzekeraar.

- b. Daar waar de verzekeraar dit heeft aangegeven in het Reglement Hulpmiddelen is voor aanschaf, vervanging, herstel of bruikleen van het betreffende hulpmiddel tijdige, voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld. De algemene voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen.
- c. De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de ministeriële Regeling Hulpmiddelen en/of het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

2.1.7 Fysiotherapie en oefentherapie

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor maximaal 9 behandelingen door een fysiotherapeut, manueel therapeut dan wel oedeemtherapeut, of 9 behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar per indicatie per kalenderjaar op voorschrift van de huisarts of medisch-specialist, waarbij is aangegeven welke vorm van therapie geïndiceerd is. Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van 9 behandelingen kinderfysiotherapie, verleend aan kinderen tot 18 jaar. Indien en voorzover geïndiceerd op verwijzing van de huisarts of medisch specialist bestaat recht op vergoeding van nogmaals 9 behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar, dan wel nogmaals 9 behandelingen kinderfysiotherapie. Hiervoor is vooraf toestemming van de verzekeraar noodzakelijk. Indien de verzekerde een indicatie heeft voor (kinder)fysiotherapie (met

uitzondering van manuele therapie) of oedeemtherapie dan wel oefentherapie Mensendieck/Cesar in verband met een chronische aandoening - overeenkomstig de regeling Fysiotherapie en oefentherapie Mensendieck/Cesar, zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld - dan bestaat recht op vergoeding van het noodzakelijke aantal behandelingen per indicatie. Hiervoor is vooraf toestemming vereist van de verzekeraar. Deze regeling maakt deel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar.

Niet voor vergoeding in aanmerking komt individuele behandeling dan wel groepsbehandeling die er slechts toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen.

2.1.8 Ergotherapie

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor advisering, instructie, training, of behandeling gedurende maximaal 10 uren per kalenderjaar, op voorschrift van de huisarts of medisch specialist, te verlenen door een ergotherapeut in een behandelruimte of op het huisadres van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

2.1.9 Logopedie

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor behandeling op voorschrift van de (tand)arts door een logopedist. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect en anderstaligheid.

2.1.10 Behandeling door de huisarts

U heeft recht op een vergoeding van het honorarium (met inbegrip van de specifieke toeslagen) van de huisarts, respectievelijk door de dienstenstructuur, waarbij deze is aangesloten, in rekening gebrachte kosten en van eventuele andere kosten volgens de rechtsgeldige tarieven.

Tevens worden vergoed de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

2.1.11 Bevalling en kraamzorg

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op de volgende vergoedingsregeling:

2.1.11.1 Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis (medisch noodzakelijk)

Indien en voor zover verblijf in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is, heeft de vrouwelijke verzekerde, met ingang van de dag van bevalling, recht op een vergoeding van:

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

2.1.11.2 Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis en kraamcentrum (niet medisch noodzakelijk)

Indien de bevalling en de kraamzorg in een ziekenhuis of kraamcentrum plaatsvinden en er geen sprake is van medische noodzaak, heeft de vrouwelijke verzekerde, met ingang van de dag van bevalling, recht op een vergoeding van:

- a. de kosten in rekening gebracht door het ziekenhuis of;
- b. kraamcentrum, gedurende maximaal 10 dagen tot ten hoogste € 154,97 per dag;
- c. het honorarium voor de verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door de medisch specialist of verloskundige of huisarts. Op de vergoeding genoemd onder a blijft een bedrag van € 21,78 per dag voor rekening van de verzekeringnemer.

2.1.11.3 Bevalling en kraamzorg thuis

Indien de bevalling en de kraamzorg thuis plaatsvinden worden de volgende kosten van het kraamcentrum vergoed:

- a. het honorarium voor de verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door de medisch specialist of huisarts of verloskundige;
- b. de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
- c. kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum, van tenminste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt in overleg met de verzekeraar vastgesteld en toegekend door het kraamcentrum.

Op de vergoeding onder c blijft een bedrag van € 3,40 per uur zorg voor rekening van de verzekeringnemer.

2.1.11.4 Poliklinische bevalling

Indien de bevalling poliklinisch plaatsvindt, heeft de vrouwelijke verzekerde recht op een vergoeding van de kosten voor:

- a. het ziekenhuis volgens het daarvoor door de bevoegde overheidsinstantie goedgekeurde tarief, waarbij een bedrag van € 21,78 voor rekening van de verzekeringnemer blijft. Indien het ziekenhuis evenwel verpleegdagen in rekening brengt, vindt vergoeding plaats overeenkomstig het onder artikel 2.1.11.2 gestelde;
- b. het honorarium voor de verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg);
- c. de kosten van kraamzorg zoals genoemd onder artikel 2.1.11.3 lid c.

2.1.11.5 Combinatie van de zorg genoemd onder 2.1.11.1 t/m 2.1.11.4

Bij een combinatie van de hierboven genoemde zorg worden de kosten voor maximaal 10 in tijdsvolgorde in rekening gebrachte dagen vergoed, met dien verstande dat indien de desbetreffende instellingen dezelfde dag in rekening brengen, deze 'dubbele' dag eveneens wordt vergoed, alles overeenkomstig de hiervoor van toepassing zijnde regelingen.

2.1.12 Tandheelkundige zorg

2.1.12.1 Tandheelkundige zorg door een tandarts aan verzekerden jonger dan 18 jaar

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor tandheelkundige zorg tot maximaal € 227,00 per verzekerde per kalenderjaar. Niet vergoed worden de kosten van orthodontie en de kosten van gegoten vullingen, kronen, bruggen en implantaten in een betande kaak.

2.1.12.2 Tandheelkundige zorg door een tandarts aan verzekerden vanaf 18 jaar

Vergoed worden de kosten van:	Tariefcode:
- periodiek preventief onderzoek, ten hoogste eenmaal per jaar	C11
- incidenteel consult	C13
- schriftelijke medische anamnese	C22
- röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontie	X10, X21, X22, X24
- chirurgische tandheelkundige hulp	codes beginnend met de letter H

2.1.12.3 Gebitsprothese

Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor boven- of onderkaak door de tandarts of een centrum voor bijzondere tandheelkunde heeft u recht op een vergoeding van de kosten voor een volledige immediaatprothese, dan wel een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese.

Bij vervaardiging en plaatsing door een tandprotheticus komt alleen de uitneembare volledige vervangingsprothese voor de boven- of onderkaak voor vergoeding in aanmerking.

Bij deze behandelingen door de hiervoor vermelde zorgverleners wordt 75 % van de gedeclareerde bedragen vergoed.

U heeft recht op een volledige vergoeding van de kosten voor reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese door een tandarts of tandprotheticus.

Indien de volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde komt in plaats van de vigerende UPT(Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) goedgekeurde tarief in aanmerking.

Toestemming:

Indien de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, meer dan € 500,00 per onder- c.q. bovenkaak bedragen, is vooraf toestemming van de verzekeraar vereist. Tevens is vooraf toestemming vereist indien de prothese (met uitzondering van de immediaatprothese) binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.

Indien de totale kosten voor een uitneembare volledige prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus meer dan € 400,00 per onder- c.q. bovenkaak bedragen, is vooraf toestemming van de verzekeraar vereist. Ook hier geldt de voorwaarde dat de volledige vervangingsprothese niet binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.

2.1.12.4 Orthodontische behandeling in bijzondere gevallen

U heeft recht op een vergoeding van van de kosten voor orthodontische behandeling door een orthodontist op advies van de huisarts of tandarts bij een schisis-afwijking (lip- of kaak- of verhemeltespleet) of bij een vergelijkbare zeer ernstige orthodontische afwijking. Voor deze behandeling is vooraf toestemming nodig van de verzekeraar.

2.1.12.5 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking, heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Het betreft de volgende afwijkingen:

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

In aanvulling op wat hierboven onder a. en c. is vermeld, bestaat uitsluitend voor de verzekerde jonger dan 18 jaar ook recht op vergoeding van de kosten die verband houden met vervanging van één (of meerdere) ontbrekende blijvende snijtand(en) of hoektand(en), doch uitsluitend indien het ontbreken van de betreffende tand(en) het gevolg is van het niet aangelegd zijn of van een ongeval.

Voor deze vergoeding geldt als voorwaarde dat de behandeling van de afwijking zoals onder a t/m e genoemd een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist en de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, tevoren toestemming heeft verleend.

Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Vergoed wordt 90% van de gedeclareerde bedragen.

2.1.12.6 Kaakchirurgische behandeling

U heeft recht op een vergoeding van:

- het honorarium van een op advies van de huisarts of tandarts geraadpleegde kaakchirurg voor chirurgische tandheelkundige zorg, niet zijnde parodontale

chirurgische hulp, die niet gepaard gaat met een opname en voor zover het betrekking heeft op tandheelkundige implantaten met inachtneming van artikel 2.1.12.7;

- de bijkomende kosten.

2.1.12.7 Tandheelkundige implantaten

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor tandheelkundige implantaten, alsmede de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak. Voor deze vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak;
- de implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese;
- de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, vooraf toestemming heeft verleend.

Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een kaakchirurg, omvat de vergoeding het honorarium van de kaakchirurg (en zo nodig van de anesthesist) en de bijkomende ziekenhuiskosten. In het geval de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, omvat de vergoeding het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.

2.1.12.8 Mesostructuur en prothese op implantaten

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor de mesostructuur op implantaten (het vastzittende deel), alsmede de kosten van de volledige overkappingsprothese op implantaten (het uitneembare deel). Voor deze vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de mesostructuur en de prothese moet vervaardigd en geplaatst worden door een tandarts of een centrum voor bijzondere tandheelkunde;
- de verzekeraar moet op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, tevoren toestemming hebben verleend.

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

De vergoeding van de behandeling omvat het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.

Per overkappingsprothese in de onder- dan wel de bovenkaak komt een bijdrage van € 90,00 per kaak voor rekening van de verzekerde.

Indien de mesostructuur en de overkappingsprothese worden vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, komt in plaats van de vigerende UPT(Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) goedgekeurde uurtarief voor vergoeding in aanmerking. In dat geval komt eveneens een eigen bijdrage van € 90,00 per kaak voor rekening van de verzekerde.

Volledig vergoed worden de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande volledige overkappingsprothese in boven- of onderkaak.

2.1.12.9 Tandheelkundige zorg aan verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor tandheelkundige zorg welke voor de betrokken verzekerde met het oog op zijn handicap redelijkerwijs is aangewezen. Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend voor de verzekerden met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

2.1.13 Ziekenvervoer

Indien en voor zover openbaar vervoer om medische redenen niet verantwoord is, worden de kosten vergoed van medisch noodzakelijk ziekenvervoer in Nederland per ambulance, taxi of eigen auto, zowel naar als van het dichtstbijzijnde ziekenhuis, kraamcentrum of een instrumentenmaker voor het aanpassen van een prothese. Het ziekenvervoer dient verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten krachtens de Standaard(pakket)polis - en met inachtneming van het eigen risico - geheel of gedeeltelijk voor rekening van de verzekeraar komen, daaronder begrepen de kosten die voor vergoeding krachtens de AWBZ in aanmerking kunnen komen.

Ook worden vergoed de kosten van het medisch noodzakelijk vervoer naar en van de plaats waar een behandeling plaatsvindt, respectievelijk vervoer naar en van een inrichting waarin de verzekerde ten laste van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.

Voor ziekenvervoer (behalve ambulancevervoer) geldt een eigen bijdrage van € 45,38 per gezin per kalenderjaar (voor alleenstaanden € 22,69 per kalenderjaar).

De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,18 per kilometer.

2.1.14 Leukemie bij kinderen

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor de centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werk-groep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).

2.1.15 Nierdialyse

Bij niet-klinische hemodialyse in een dialysecentrum heeft u recht op een vergoeding van de kosten voor de verleende nierdialyse, alsmede van het daarmee verband houdende onderzoek, de behandeling, de verpleging en de door het dialysecentrum verleende psychosociale begeleiding.

Bij dialyse op het huisadres van de verzekerde worden behalve de hiervoor vermelde kosten ook de navolgende kosten vergoed:

- de kosten voor redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat. Tevens vergoeding van de overige kosten die rechtstreeks met de dialyse samenhangen. De kosten worden alleen vergoed voor zover niet andere wettelijke regelingen daarin voorzien;
- de kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- de kosten van het in bruikleen geven van de hemodialyse-apparatuur met toebehoren, de vergoeding van de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse.

2.1.16 Orgaantransplantaties

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor transplantatie van de volgende donororganen:

- huid;
- beenmerg;
- nier;
- hart/long;
- lever (orthotoop);
- hoornvlies;
- bot;
- hart, long;
- nier/pancreas;

alsmede de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend na toestemming vooraf door de verzekeraar. De kosten van transplantaties van andere organen worden niet vergoed.

Ook worden vergoed de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor deze is verzekerd. Een donor heeft bovendien recht op medische behandeling gedurende ten hoogste drie maanden na datum van ontslag uit het ziekenhuis waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met de betreffende onder de vergoeding vallende orgaantransplantatie.

2.1.17 Chronisch intermitterende beademing

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor mechanische beademing op voorschrift van een medisch specialist in een daartoe toegelaten beademingscentrum of de kosten voor de door dat beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur op het huisadres van de verzekerde.

2.1.18 Audiologisch centrum

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor zorg door een, daartoe conform de bij wet gestelde regels toegelaten, audiologisch centrum op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oortarts.

2.1.19 Trombosedienst

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor de zorg door de trombosedienst op voorschrift van een medisch specialist.

2.1.20 Erfelijkheidsonderzoek

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor zorg in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na verwijzing door huisarts of medisch specialist. De zorg omvat:

- het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek;
- chromosoomonderzoek;
- biochemische diagnostiek;
- ultra-geluidonderzoek;
- DNA-onderzoek;
- erfelijkheidsadviesing;
- met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding.

Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens onderzoeken bij en adviesing aan andere personen dan de verzekerde omvatten. De kosten van onderzoek van andere personen dan de verzekerde komen voor rekening van de eigen verzekeraar(s) van de onderzochte andere persoon of personen.

2.2 Buitenland

De in de polis vermelde woorden die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie zijn niet van toepassing op dit polisartikel.

2.2.1 Woonachtig in Nederland, zorg in een andere EU-/EER-staat

De vergoeding van de kosten van zorg in een andere EU-/EER-staat bedraagt ten hoogste 100 % van de kosten, indien de zorg in Nederland zou zijn verricht en krachtens de dekking van de standaard(pakket)polis zou zijn vergoed. De kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance, taxi of auto worden in dat geval vergoed tot het bedrag dat gelijk is aan de kosten van vervoer tussen de woonplaats van verzekerde en de dichtstbijzijnde plaats waar de zorg zou zijn verleend, indien deze in Nederland zou zijn geboden.

Om vooraf duidelijkheid te verkrijgen over de exacte hoogte van de vergoeding, is het aan te bevelen dat de verzekerde in een voorkomend geval van te voren contact opneemt met de verzekeraar.

2.2.2 Woonachtig buiten Nederland

Indien de verzekerde niet in Nederland, maar in een andere EU/EER-staat of ander verdragsland woonachtig is, bestaat in het woonland recht op vergoeding van kosten, overeenkomstig de aanspraken die een in Nederland woonachtige verzekerde op grond van deze polis heeft, echter op basis van het tarief dat van toepassing is in het betreffende woonland, onder aftrek van het op de polis geldende eigen risico en de eigen bijdragen.

Indien de verzekerde niet-spoedeisende zorg in Nederland of in een andere EU-/EER-staat dan het woonland betreft, dan is de vergoeding van de kosten achtereenvolgens gebaseerd op de in Nederland in rekening gebrachte tarieven, dan wel bedraagt deze vergoeding maximaal 100 % van de kosten indien de zorg in Nederland zou zijn verleend en op basis van de dekking van de standaard(pakket)polis zou zijn vergoed.

Artikel 2.2.2 is van overeenkomstige toepassing indien de verzekerde als in Nederland werkende grensarbeider of gezinslid van een zodanige grensarbeider woonachtig is in één van de landen waarmee Nederland een bilateraal verdrag op het gebied van de sociale zekerheid heeft gesloten.

2.2.3 Spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland

a. Indien verzekerde, woonachtig in Nederland (dan wel woonachtig in een andere EU-/EER-staat) buiten zijn woonland verblijft, heeft hij/zij recht op vergoeding van de kosten voor spoedeisende medisch noodzakelijke zorg. Deze vergoeding omvat:

- medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis gepaard gaande met opname gedurende maximaal 365 dagen per ziektegeval;
- medisch-specialistische zorg zonder opname;
- behandeling door een huisarts;
- farmaceutische zorg op voorschrift van een huisarts of een medisch-specialist.

Deze kosten worden vergoed tot ten hoogste 200 % van de kosten die volgens de verzekeringsvoorwaarden zouden worden vergoed indien de verzekerde de behandeling in Nederland zou hebben ondergaan.

Er is geen recht opvergoeding als de betreffende behandeling kan worden uitgesteld tot na de terugkeer in Nederland of het woonland.

- b. Vergoeding van de kosten van de in het vorige lid genoemde zorg omvat tevens vergoeding van de kosten van het medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of taxi naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis of medisch specialist.
- c. Vergoeding van de in het artikel 2.2.3 lid a bedoelde kosten tot ten hoogste 200 % wordt niet verleend, indien het verblijf in het buitenland uitsluitend of mede tot doel had aldaar een opname of een behandeling te ondergaan.

2.2.4 De vergoeding van de verzekerde kosten, bedoeld in artikel 2.2.1, 2.2.2 en 2.2.3 geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel, met inachtneming van de verrekingskoers op de dag waarop de desbetreffende rekeningen door de verzekeraar zijn ontvangen.

2.3 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt:

- a. indien en voor zover door de verzekeringnemer of de verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, regeling van overheidswege of een andere overeenkomst aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging/behandeling kan worden gemaakt;
- b. voor de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek;
- c. voor onderzoek en behandeling door een psycholoog;

- d. voor alternatieve geneeswijzen;
- e. voor geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland;
- f. voor vormverbeterende behandelingen/operaties van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van vermindering ten gevolge van een ongeval of ziekte, of een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking;
- g. voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie. Dit overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te Den Haag zijn gedefinieerd;
- h. voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortvloeiend uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
 - 1. de uitsluiting onder artikel 2.3 lid h geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979 225).
 - 2. voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt artikel 2.3 lid h1 geen toepassing.
- i. voor een invitrofertilisatie-behandeling;
- j. voor kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgaastrang ter zake van verloskundige zorg;
- k. voor keuringen, attesten en vaccinaties, tenzij in de Regeling Farmaceutische Zorg anders is bepaald.

3. Verzekeringsvoorwaarden

3.1 Grondslag van de verzekering

De grondslag van de verzekering vormen de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998, het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden, het Uitvoeringsbesluit vergoedingen particulier verzekerden alsmede het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier. De schriftelijke gegevens die bij het aanvraagformulier afzonderlijk door de verzekerde zijn verstrekt vormen, met de bij een eventuele keuring verstrekte gegevens, de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daar deel van uit.

Verzwijging, onvolledige 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.

3.2 Kinderen

a. Voor kinderen, geboren tijdens de duur van deze verzekering en binnen een maand na hun geboorte ter verzekering aangemeld, geldt dat de verzekering van de geboorte af van kracht is, ongeacht eventuele aangeboren ziekten of afwijkingen.

b. Meeverzekerd kunnen worden:

- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 18 jaar;
- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg-, en adoptiekinderen vanaf 18 jaar tot 30 jaar, mits voor die kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag, een uitkering krachtens de Wet tegemoetkoming onderwijsbijdrage en schoolkosten (WTOS) of op persoonsgebonden aftrek wegens uitgaven voor levensonderhoud van kinderen ingevolge Artikel 6.1 en afdeling 6.4. van de Wet inkomstenbelasting 2001, jo. Artikel 35 en 36 van de Uitvoeringsregeling inkomstenbelasting 2001.

3.3 Vrije keuze

Verzekerde is vrij in keuze van ziekenhuis, medisch specialist, kaakchirurg, orthodontist, huisarts, apotheker, tandarts, verloskundige, kraamverzorgster, (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut, oefentherapeut, ergotherapeut en logopedist.

3.4 Opname in een hogere dan de verzekerde klasse

Bij opname in een ziekenhuis in een hogere klasse wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de derde klasse.

3.5 Begin en einde van de vergoeding

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de leverantie, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.

3.6 Registratie van persoonsgegevens

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

3.7 Verplichtingen van de verzekeringnemer

De verzekeringnemer is verplicht:

- a. de behandelend huisarts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur;
- b. aan de verzekeraar, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
- c. de verzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- d. de originele nota's binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij de verzekeraar in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn;
- e. bij medisch-specialistische zorg een verwijzing van de medisch specialist, huisarts, bedrijfsarts of tandarts over te leggen, indien de verzekeraar hierom vraagt;

- f. bij (kinder)fysiotherapie, manuele therapie, oedeemtherapie, oefentherapie, ergotherapie en logopedie een verwijzing van de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist te overleggen, indien de verzekeraar hierom vraagt.

Wanneer de belangen van de verzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen behoeft de verzekeraar geen kosten te vergoeden.

3.8 Premie en eigen risico

3.8.1 Premiebetaling

- a. De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, per maand, kwartaal, halfjaar of jaar bij vooruitbetaling te voldoen.

Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de verzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren.

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

- b. In geval van overlijden van de verzekerde, dan wel na ontvangst door de verzekeraar van de mededeling van de inschrijving als ziekenfondsverzekerde, vindt desgevraagd verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum, dan wel de dag volgend op de datum van ontvangst van het bewijs van inschrijving als ziekenfondsverzekerde.

3.8.2 Schorsing

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan de verzekeraar schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 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 zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer.

Behoudens in geval van beëindiging wordt de dekking weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door de verzekeraar zijn ontvangen.

3.8.3 Eigen risico

- a. Voor de bepaling van het eigen risico van € 104,00 per gezin (€ 52,00 voor alleenstaanden), is de (gezins)situatie bij aanvang van de verzekering of de (gezins)situatie per 1 januari van enig jaar bepalend.

Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, wordt het eigen risico berekend door het verschuldigde eigen risico in het betreffende kalenderjaar te vermenigvuldigen met het aantal maanden waarop de verzekeringsovereenkomst in dat jaar betrekking heeft gehad, gedeeld door twaalf. Bij het aangaan van een verzekering wordt de maand waarin deze tot stand komt buiten beschouwing gelaten. Bij het einde van een verzekering wordt de maand waarin deze wordt beëindigd, als volle maand meegeteld.

- b. Indien de verzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van de verleende hulp heeft vergoed zal zo nodig het openstaande eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel teruggevorderd.

3.8.4 Kennisgeving

De verzekeringnemer is verplicht binnen een maand aan de verzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enige andere publiekrechtelijke regeling, verhuizing, huwelijk, samenwoning, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d..

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

4. Herziening van de premie of voorwaarden

- a. De verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende polissen en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de verzekeraar vast te stellen datum. De verzekeraar doet van de voorgenomen herziening mededeling, eventueel op de premiekwitanties.
- b. De verzekeringnemer, die niet met een dergelijke herziening akkoord gaat, kan de verzekering per de in artikel 4, lid a genoemde datum beëindigen, mits hij dit binnen 30 dagen daarna schriftelijk aan de verzekeraar mededeelt. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven.
- c. Heeft de verzekeraar binnen 30 dagen na de in artikel 4, lid a genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

5. Duur en einde van de verzekering

- a. De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad/bewijs van inschrijving als ingangsdatum is vermeld. Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar, tenzij verzekeringnemer ten minste drie maanden voor het einde van het lopende kalenderjaar schriftelijk heeft opgezegd.
- b. Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de verzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens in geval van beëindiging na schorsing, zoals bedoeld in artikel 3.8.2.
- c. De verzekering eindigt ingeval van overlijden van de verzekerde. De verzekeraar dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden.
- d. De verzekering eindigt automatisch voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer in Nederland woonachtig is, dan wel niet in een andere EU/EER-staat woonachtig is of wordt.
- e. De verzekering van de verzekerde eindigt indien de verzekerde tot de ziekenfondsverzekering is toegelaten en wel op de datum waarop de verzekeraar van de verzekerde het bewijs van inschrijving als ziekenfondsverzekerde ontvangt.

- f. De verzekering eindigt voor kinderen op het moment waarop niet meer wordt voldaan aan het gestelde onder 3.2.

Deze personen hebben het recht zich zelfstandig te verzekeren op dezelfde voorwaarden en tegen de geldende premie voor volwassenen.

6. Geschillen en klachten

- a. Alle geschillen voortkomend uit de bepalingen van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998, dan wel de inhoud van deze verzekeringsovereenkomst kunnen voorgelegd aan de Beroepscommissie Wtz, Postbus 520, 3700 AM Zeist binnen zes maanden na het handelen of nalaten dat tot het geschil aanleiding heeft gegeven. De Beroepscommissie beslist bij wege van bindend advies over het voorgelegde geschil.
- b. Klachten kunnen, nadat zij ter kennisneming zijn gebracht van de verzekeraar, ter bemiddeling worden voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.
- c. Op deze verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

7. Waar kunt u terecht voor informatie?

Postadres

Zorg en Zekerheid
Postbus 400
2300 AK Leiden

Website

www.zorgenzekerheid.nl

Telefonische informatie

Voor meer informatie toegespitst op uw persoonlijke situatie kunt u contact opnemen met onze medewerkers. Zij zijn op werkdagen van 08.00 tot 18.00 uur bereikbaar op het volgende telefoonnummer:

(071) 5 825 825

Persoonlijke informatie

Voor persoonlijke informatie kunt u terecht bij onze verzekeringswinkels:

Alphen aan den Rijn

Aarplein 6,
maandag t/m vrijdag van 09.00 tot 18.00 uur.

Amstelveen

Burg. Haspelslaan 45,
maandag t/m vrijdag van 09.00 tot 18.00 uur.

Hoofddorp

Concourslaan 18,
maandag t/m vrijdag van 09.00 tot 18.00 uur
en vrijdag van 18.30 tot 21.00 uur.

Katwijk

Dwarsstraat 19,
maandag t/m vrijdag van 09.00 tot 18.00 uur.

Leiden

Korevaarstraat 2,
maandag t/m vrijdag van 09.00 tot 18.00 uur.

Lisse

Kanaalstraat 77a,
maandag t/m vrijdag van 09.00 tot 18.00 uur
en donderdag van 18.30 tot 21.00 uur.

Zorg en Zekerheid

ZIEKENFONDS & PARTICULIER

Zorg en Zekerheid, Postbus 400, 2300 AK Leiden, telefoon (071) 5 825 825