

AnderZorg Ondernemerszorg Zekerheid Polis

Inhoudsopgave

Artikelnummer

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

| | |
|---|----|
| Definities | 1 |
| Begripsomschrijving | 2 |
| Grondslag van de aanvullende voorwaarden | 3 |
| Herziening van de aanvullende voorwaarden | 4 |
| Strekking van de aanvullende voorwaarden | 5 |
| Indiening en vergoeding van de nota's en verval vorderingsrecht | 6 |
| Dekkingsgebied | 7 |
| Samenloop met verzekeringen | 8 |
| Aansprakelijkheid van derden | 9 |
| Aanspraak op toezeggingen | 10 |
| Wijzigingen | 11 |
| Contacten | 12 |
| Beëindiging van de aanvullende voorwaarden | 13 |
| Geschillen | 14 |
| Persoonsgegevens | 15 |
| Niet voorziene gevallen | 16 |
| Slotbepaling | 17 |
| Clausuleblad Terrorismedekking | 18 |

Omvang van de Dekking

| | |
|-------------------------------------|---|
| Mobiliteitsgarantie | 1 |
| Fit-test | 2 |
| Gezins hulp | 3 |
| "Telefoon bij bed"-vergoeding | 4 |
| Reintegratievergoeding | 5 |
| Wachtljstbemiddeling | 6 |
| Opname ziekenhuis klasse 2b | 7 |

Algemene Aanvullende Verzekeringsvoorwaarden

ARTIKEL 1 Definities

1.1 Maatschappij: Ziektekosten Verzekeringsmaatschappij AnderZorg N.V.

1.2 Zelfstandig ondernemer/Hoofdverzekerde: De zelfstandige, die op basis van de bepalingen van de Ziekenfondswet, in samenhang met artikel 3, eerste lid, aanhef en onder a. van de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering, van rechtswege ziekenfondsverzekerd is en bij het ziekenfonds van de Maatschappij als zodanig staat ingeschreven.

1.3 Risicoadres: Het bij de Maatschappij bekende in Nederland aan de wal gelegen adres van waaruit de zelfstandig ondernemer zijn werkzaamheden verricht.

ARTIKEL 2 Begripsomschrijving

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

2.1 Blijvende invaliditeit: Het geheel of gedeeltelijk blijvend functieverlies van enig deel, orgaan of vermogen van het lichaam van de hoofdverzekerde als gevolg van het door een ongeval veroorzaakte letsel.

2.2 Fit-test: Een door de hoofdverzekerde af te leggen test ter bepaling van de lichamelijke conditie, afgenomen door een instituut waarmee de Maatschappij een overeenkomst heeft gesloten.

2.3 Hoofdverzekering: De door de Maatschappij gevoerde particuliere ziektekostenverzekering, de op basis van de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen (WTZ) gevoerde verzekering, of de ziekenfondsverzekering afgesloten bij het ziekenfonds van de Maatschappij, niet zijnde de aanvullende verzekering(en) die in combinatie met de hiervoor genoemde hoofdverzekeringen bij de Maatschappij kunnen worden afgesloten.

2.4 Machtiging: Voor de artikelen gemerkt met een * geldt dat uitsluitend recht op vergoeding bestaat wanneer door of namens verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk machtiging is gevraagd aan en verleend door de Maatschappij. Het verzoek om machtiging dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de huisarts of specialist. Verzekeraar kan aan deze machtiging nadere voorwaarden verbinden.

2.4 Mobiliteitsgarantie: Het verstrekken van hulpmiddelen door een door de Maatschappij gecontracteerde organisatie ter bevordering van de mobiliteit van de hoofdverzekerde.

2.5 Ongeval: Elke gebeurtenis waarbij de hoofdverzekerde plotseling wordt getroffen door een van buitenkomende inwerking van geweld op het lichaam, waardoor in één ogenblik lichamelijk letsel wordt toegebracht en als gevolg hiervan dit letsel medisch is vast te stellen. Onder een ongeval wordt tevens verstaan:

- bevriezing, verbranding (behoudens verbranding door de zon), blikseminslag alsmede een andere elektrische ontleding, zonnesteek;
- het van buitenaf ongewild binnenkrijgen van stoffen of vreemde voorwerpen waardoor acuutwendig letsel wordt toegebracht;
- acute vergiftiging door het ongewild binnenkrijgen van gassen, dampen, vaste of vloeibare stoffen, anders dan vergiftiging door gebruik van bewustzijnsverruimende middelen zoals alcohol, drugs of medicijnen of door etenswaar;

- besmetting ten gevolge van een onvrijwillige val in enige vaste of vloeibare stof, dan wel ten gevolge van het zich daarin begeven bij een poging tot redding van personen, dieren of zaken;
- wondinfectie en bloedvergiftiging als gevolg van een ongeval;
- verstuing, ontwrichting, verrekking en scheuring van spieren, banden en pezen als gevolg van een plotselinge krachtsinspanning.

2.6 Reïntegratie: Het opnieuw goed doen laten functioneren van de door een ongeval getroffen hoofdverzekerde, met inachtneming van de mate van zijn blijvende invaliditeit en na het treffen van maatregelen, zoals: omscholing, aanpassingen en voorzieningen.

2.7 Reïntegratiekosten: De kosten die zijn gemaakt en verband houden met aanpassingen tot de toegankelijkheid van het bedrijf, aanpassingen op de werkplek of omscholing van een door een ongeval getroffen hoofdverzekerde, alsook de kosten van een outplacementbureau.

ARTIKEL 3 Grondslag van de aanvullende voorwaarden

Deze voorwaarden zijn gekoppeld aan de hoofdverzekering. Indien de hoofdverzekering wordt beëindigd, vervalt het recht op de in de "Omvang van de Dekking" genoemde verstrekkingen/diensten. Een schriftelijke bevestiging door de Maatschappij van de beëindiging van deze voorwaarden is derhalve niet noodzakelijk.

ARTIKEL 4 Herziening van de aanvullende voorwaarden

De Maatschappij heeft het recht de voorwaarden te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt op een door de Maatschappij vast te stellen datum. Een dergelijke herziening vormt geen mogelijkheid tot tussentijdse beëindiging van de hoofdverzekering.

ARTIKEL 5 Strekking van de aanvullende voorwaarden

Voor de op het bewijs van inschrijving/de polis vermelde personen kan aanspraak worden gemaakt op de vergoedingen/diensten indien en voor zover omschreven in de "Omvang van de Dekking".

Met inachtneming van hetgeen elders in de verzekeringsvoorwaarden is bepaald, worden ten hoogste de tarieven vergoed, zoals deze zijn vastgesteld door het CTG. De Maatschappij is generlei vergoeding van kosten verschuldigd en is (conform artikel 251 Wetboek van Koophandel) bevoegd met terugwerkende kracht vanaf de ingangsdatum de gehele of gedeeltelijke vernietiging van de verzekeringsvoorwaarden in te roepen, indien de mededelingen in het aanmeldingsformulier, dan wel de afzonderlijke gegevens, in strijd met de waarheid worden of omstandigheden verzwegen werden, welke van dien aard zijn dat de verzekering niet of niet onder dezelfde verzekeringsvoorwaarden zou zijn gesloten, indien de Maatschappij hiervan kennis had gedragen.

ARTIKEL 6 Indiening en vergoeding van de nota's en verval vorderingsrecht

6.1 Met inachtneming van hetgeen elders in deze voorwaarden is bepaald, dient de verzekerde er zorg voor te dragen dat binnen een half jaar na dagtekening van de originele nota deze bij de Maatschappij is ingediend.

6.2 Alle nota's dienen op zodanige wijze gespecificeerd te zijn, dat de Maatschappij er zonder navraag uit kan opmaken tot welke vergoeding zij gehouden is. Computernota's dienen door de zorgaanbieder gewaarmerkt te zijn. Originele anderstalige nota's dienen op een zodanige wijze te zijn opgemaakt en/of vertaald te zijn dat zonder verdere navraag kan worden opgemaakt tot welke ver-

goeding de Maatschappij gehouden is. Indien de Maatschappij van oordeel is dat de nota vertaling behoeft dan kan de Maatschappij verzekerde verzoeken om de nota(s) te laten vertalen door een beëdigd vertaler. Vertaalkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking;

6.3 Het indienen van de nota(s) dient vergezeld te gaan van het polisnummer van de hoofdverzekering en de aantekening of de nota wel of niet is betaald. De nota's dienen te worden gezonden naar het centrale correspondentieadres van de Maatschappij:

Ziektekosten Verzekeringsmaatschappij AnderZorg N.V.
Postbus 11072
9700 CB Groningen

6.4 Elke vordering van de (hoofd)verzekerde jegens de Maatschappij vervalt, indien de originele nota's niet binnen 1 jaar na dagtekening van de nota bij de Maatschappij zijn ingediend.

ARTIKEL 7 Dekkingsgebied

De dekking van deze aanvullende voorwaarden is uitsluitend geldig binnen Nederland.

ARTIKEL 8 Samenloop met verzekeringen

Indien, zo deze verzekeringsovereenkomst niet bestond, door verzekeringnemer of verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, enigerlei subsidie-regeling dan wel een andere (verzekeringsovereenkomst, ongeacht het tijdstip waarop deze van kracht is geworden c.q. is aangegaan, aanspraak op vergoeding van verzekerde kosten of op verstrekkingen kan worden gemaakt, dan is onderhavige overeenkomst eerst in de laatste plaats geldig.

ARTIKEL 9 Aansprakelijkheid van derden

Verzekerde is verplicht de Maatschappij behulpzaam te zijn bij een mogelijke verhaalszaak waarbij een derde aansprakelijk kan worden gesteld voor de door de Maatschappij geleden schade. Indien sprake is van ziekte of letsel door een ongeval waarvoor een derde mogelijk aansprakelijk kan worden gesteld, dient verzekerde de Maatschappij direct te informeren. Verzekerde verschaft de Maatschappij desgevraagd de inlichtingen die de Maatschappij redelijkerwijs behoeft voor de beoordeling van mogelijke aansprakelijkheid van een derde.

ARTIKEL 10 Aanspraak op toezeggingen

Uitsluitend wanneer de Maatschappij telefonische of mondelinge toezeggingen schriftelijk heeft bevestigd, kan door verzekerde aanspraak worden gemaakt op vergoeding van de betreffende verstrekkingen/diensten.

ARTIKEL 11 Wijzigingen

11.1 De verzekerde dient aan de Maatschappij schriftelijk mededeling te doen van wijzigingen zoals: verandering van adres, beëindiging dienstverband en/of overige veranderingen die betrekking hebben op de op het bewijs van inschrijving/de polis vermelde personen en wel binnen één maand nadat de wijziging heeft plaatsgevonden.

11.2 Kennisgevingen aan de verzekerde, gericht aan het laatst bij de Maatschappij bekend adres, worden geacht de verzekerde te hebben bereikt.

ARTIKEL 13 Beëindiging van de aanvullende voorwaarden

De Maatschappij is bevoegd zonder inachtneming van een opzegtermijn en zonder opgaaf van redenen deze aanvullende voorwaarden op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

ARTIKEL 14 Geschillen

Indien verzekerde zich niet met een beslissing van de Maatschappij kan verenigen dient hij de volgende regels in acht te nemen. Binnen zes weken nadat die beslissing aan hem is meegedeeld zal hij het geschil voorleggen aan de Maatschappij, ter attentie van de afdeling KBB, Postbus 11072, 9700 CB te Groningen. De Maatschappij dient binnen zes weken nadat zij door verzekerde van het geschil op de hoogte is gesteld, daaromtrent te beslissen. Bij gebreke van een beslissing binnen de gestelde termijn wordt de oorspronkelijke beslissing geacht door de Maatschappij te zijn bevestigd. Het vorenstaande is eveneens van toepassing indien verzekerde klachten heeft over de totstandkoming en/of de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst door de Maatschappij.

Verzekerde kan, nadat door de Maatschappij haar definitieve standpunt kenbaar is gemaakt of ingeval binnen een periode van zes weken na ontvangst van het geschil of de klacht de Maatschappij niet heeft gereageerd, het geschil of de klacht ter bemiddeling voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag. Verzekerde kan het geschil of de klacht ook voorleggen aan de bevoegde burgerlijke rechter.

Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

ARTIKEL 15 Persoonsgegevens

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden door de Maatschappij verwerkt voor het accepteren van een aanvraag, het uitvoeren van de verzekering en de wettelijke regelingen. Tevens worden persoonsgegevens verwerkt voor overige activiteiten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering, zoals ten behoeve van fraudepreventie, statistische analyses of om te informeren over relevante producten en diensten.

ARTIKEL 16 Niet voorziene gevallen

In alle gevallen, waarin deze voorwaarden niet voorzien, beslist de Maatschappij.

ARTIKEL 17 Slotbepaling

Deze voorwaarden treden in werking op 1 januari 2004. Alle voorgaande verzekeringsvoorwaarden komen hiermee te vervallen.

ARTIKEL 18 Clausuleblad Terrorismedekking

Bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT)

Op de verzekering is het clausuleblad van toepassing ten aanzien van het terrorisme-risico zoals vastgesteld door de NHT.

Omvang van de Dekking

ARTIKEL 1 Mobiliteitsgarantie

Indien de hoofdverzekerde door een letsel immobiel is geworden, maar wel in staat is zijn/haar arbeid te verrichten, zal de Maatschappij er zorg voor dragen dat hij/zij zo snel mogelijk weer op de werkplek aanwezig zal kunnen zijn, middels:

1.1 Gebruik van krukken

De Maatschappij zal binnen 24 uur na binnenkomst van een daartoe strekkend verzoek de levering verzorgen van krukken in bruikleen, indien het een beenletsel betreft.

1.2 Gebruik rolstoel en rolstoelvervoer

De Maatschappij zal binnen 24 uur na binnenkomst van een daartoe strekkend verzoek de levering verzorgen van een rolstoel in bruikleen, indien het gebruik van krukken als genoemd in lid 1 van dit artikel niet mogelijk is. Daarnaast zal de Maatschappij gedurende maximaal 2 weken het rolstoelvervoer tussen huis en werkplek (gelegen binnen een straal van 50 kilometer) vice versa regelen.

1.3 Hometrainer

Ter bespoediging van de revalidatie kan verzekerde gedurende maximaal één maand thuis een hometrainer (fiets) geplaatst krijgen. Een en ander geschiedt in overleg met de medisch adviseur en de behandelend specialist.

ARTIKEL 2 Fit-test

Ter bepaling/indicatie van de lichamelijke conditie van de hoofdverzekerde worden éénmaal per jaar de kosten van een fit-test voor de hoofdverzekerde vergoed, indien deze wordt afgenomen in een (sport)instituut waarmee de Maatschappij een overeenkomst heeft gesloten. De vergoeding bedraagt maximaal € 34,- per test.

ARTIKEL 3 Gezinshulp

Uitsluitend na voorafgaande toestemming van de Maatschappij kan gezinshulp voor de hoofdverzekerde in een gezin met kinderen jonger dan 14 jaar tot ten hoogste 40 uur per kalenderjaar verkregen worden, indien:

- de hoofdverzekerde en/of partner in het ziekenhuis wordt opgenomen, waarbij de opname langer duurt dan drie aaneengesloten dagen; òf
- de hoofdverzekerde en/of partner het ziekbed thuis doorbrengt als alternatief voor een ziekenhuisopname; òf
- deze hulp aansluit en rechtstreeks verband houdt met een voorafgaande ziekenhuisopname van tenminste zeven dagen van de hoofdverzekerde en/of partner; èn
- de hoofdverzekerde en/of partner voor ziektekosten staat ingeschreven als verzekerde bij de Maatschappij of / het Ziekenfonds van de Maatschappij, èn
- de gezinshulp wordt verleend door een erkende instelling, waarmee de Maatschappij een overeenkomst heeft gesloten, èn
- de medische noodzaak voor gezinshulp kan worden aangetoond.

Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van gezinshulp, indien de opname verband houdt met een bevalling.

ARTIKEL 4 “Telefoon bij bed”-vergoeding

Vergoed worden de kosten van een telefoontoestel, indien de hoofdverzekerde in een ziekenhuis is opgenomen, met een maximum van € 2,- per dag. De vergoeding bedraagt maximaal € 68,- per kalenderjaar. Eventuele gesprekskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

ARTIKEL 5 Reïntegratievergoeding

Indien de hoofdverzekerde als gevolg van een ongeval niet meer volledig in staat zal zijn de werkzaamheden zonder aanpassing of omscholing voort te zetten, bestaat er recht op een tegemoetkoming in de kosten van reïntegratie. De hoogte van de vergoeding wordt vastgesteld aan de hand van de bevindingen van de arts van de verzekeraar waar de hoofdverzekerde zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering heeft afgesloten, en wordt gerelateerd aan het arbeidsongeschiktheidspercentage.

Bij afwezigheid van een arbeidsongeschiktheidsverzekering ligt de beoordeling van de vraag of er al dan niet recht bestaat op een tegemoetkoming in de kosten bij de medisch adviseur van de Maatschappij. Van belang voor de uitkomst van deze beslissing zijn de relevante (medische) gegevens ter beschikking gesteld door de huisarts en specialisten alwaar de ondernemer onder behandeling is. Indien verzekerde aanspraak wenst te maken op een tegemoetkoming in de kosten, dient deze toestemming te geven aan de medisch adviseur van de Maatschappij tot inzage in alle benodigde medische gegevens.

Vergoeding wordt gegeven voor en in de navolgende gevallen:

- noodzakelijk geworden materiële aanpassingen op de werkplek van de door een ongeval getroffen ondernemer;
- noodzakelijk geworden materiële aanpassingen met betrekking tot de bereikbaarheid van de werkplek van de door een ongeval getroffen ondernemer;
- noodzakelijk geworden materiële aanpassingen betreffende sanitaire voorzieningen voor de door een ongeval getroffen ondernemer;
- omscholingskosten betreffende de door een ongeval getroffen ondernemer in het geval dat hij/zij door dit ongeval zijn of haar werkzaamheden niet meer kan voortzetten;

Vergoed worden de werkelijk gemaakte kosten met een maximum van € 2269,-.

Uitkering vindt plaats nadat de originele nota's van de aanpassingen zijn ontvangen op voorwaarde dat de ondernemer tenminste gedurende 52 weken aaneengesloten arbeidsongeschikt is geweest en een definitieve eindsituatie bereikt is. Vergoeding wordt verleend door of namens de Maatschappij.

Geen vergoeding wordt verleend:

- indien het ongeval is ontstaan door opzet, grove schuld of grove roekeloosheid/nalatigheid van de ondernemer;
- indien de ondernemer bij aanvang van de hoofdverzekering reeds (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt was;
- indien het ongeval is ontstaan bij het door de ondernemer plegen van of deelnemen aan een misdrijf of poging daartoe;
- indien de noodzaak van de genoemde aanpassingen niet kunnen worden aangetoond en/of hiervan geen originele nota's kunnen worden overgelegd;
- indien de door het ongeval getroffen ondernemer niet staat ingeschreven als hoofdverzekerde;
- voor de kosten verbonden aan het opstellen van een eventueel benodigd reïntegratieplan;
- indien de kosten kunnen worden verhaald op een aansprakelijke derde.

ARTIKEL 6 Wachtlijstbemiddeling

Indien een verzekerde voor een opname in een ziekenhuis op een wachtlijst is geplaatst, zal de zorgcoördinator, indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, proberen een plaats in een ander ziekenhuis te vinden, waar de verzekerde sneller geholpen kan worden. Bemiddelingskosten in rekening gebracht door een andere bemiddelaar dan de Maatschappij komen niet voor vergoeding in aanmerking.

ARTIKEL 7 Opname ziekenhuis klasse 2b

Bij opname van de hoofdverzekerde voor langer dan 24 uur in klasse 2b in een ziekenhuis, bestaat recht op uitkering wegens verpleging, met uitzondering van een sanatorium met kliniek voor longziekten, volgens de verpleegprijs voor klasse 2b mits ook daadwerkelijk opgenomen voor deze klasse, verminderd met de verpleegprijs voor de laagste klasse van dit ziekenhuis.