

Polisvoorwaarden

Inhoud van de polis

- 1 Begripsomschrijvingen
 - 2 Prestatiewijze en dekking
 - 3 Overzicht van de vergoedingen
 - 4 Uitsluitingen
 - 5 Algemeen
 - 6 Premie
 - 7 Premiebetaling en schorsing
 - 8 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde
 - 9 Declaraties en schorsing
 - 10 Regres
 - 11 Fraude
 - 12 Kennisgeving relevante gebeurtenissen
 - 13 Herziening van premie of voorwaarden
 - 14 Begin en einde van de verzekering
 - 15 Toepasselijk recht en klachten
 - 16 Bepalingen in verband met collectiviteit
- Clausule terrorismedekking

Verzekeringsvoorwaarden

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

1.1 CTG/Zorgautoriteit i.o.

Het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting volgens de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG).

1.2 EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Cyprus(Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, 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.

1.3 Medisch adviseur

De arts, die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

1.4 Mondhygiënist

Een vrijgevestigd mondhygiënist die is opgeleid conform het zogenoemd Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied mondhygiënist".

1.5 Tandarts

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

1.6 Tandprotheticus

Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

1.7 Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, niet zijnde lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische Ruimte, of Zwitserland.

1.8 Verzekerde

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

1.9 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

1.10 Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg

1.11 WTG

Wet Tarieven Gezondheidszorg

1.12 Zorgverzekeraar

Fortis Aanvullende Ziektekostenverzekeringen NV.

Artikel 2 Prestatiewijze en dekking

2.1 Woonland

Deze zorgpolis kan door of ten behoeve van elke verzekeringsplichtige in Nederland alsmede in buitenland woonachtige verzekeringsplichtige worden afgesloten.

2.2 Aanvullend op ziektekostenverzekering

Deze verzekering verleent een aanvullende verstrekking of vergoeding op een ziektekostenverzekering op basis van de Zorgverzekeringswet. Er wordt pas vergoeding verleend als de kosten op de ziektekostenverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen. Kosten die onder het eigen risico van de ziektekostenverzekering vallen, worden niet aanvullend uitgekeerd op deze aanvullende verzekering.

2.3 Maximale vergoeding

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- indien en voorzover geen (maximum-)tarief, op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

2.4 Medische grondslag

De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

2.5 Overname incasso zorgverlener

Indien en voor zover de zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de overeenkomst gehouden is, wordt verzekerde/verzekeringnemer geacht aan de zorgverzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de zorgverzekeraar van het voor/door verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

Artikel 3 Overzicht van vergoedingen

Tot € 250,- per verzekerde per kalenderjaar voor de onder artikel 3 onder de punten 3.1.1 en 3.1.2 tezamen gemaakte tandheelkundige kosten.

3.1.1 Reguliere tandheelkundige behandelingen

Vergoeding:

Volledig voor de volgende behandelingen:

- consultatie en diagnostiek;
- röntgendiagnostiek;
- preventie en mondhygiëne;
- anesthesie;
- restauraties door middel van plastische materialen;
- pulpabehandeling (endodontie);
- chirurgische ingrepen.

Voorwaarden:

Tandheelkundige behandelingen worden uitgevoerd door een tandarts of mondhygiënist.

3.1.2 Overige tandheelkundige behandelingen

Vergoeding:

75% van de kosten (inclusief techniekkosten en honorarium) voor de volgende tandheelkundige behandelingen:

- uitneembare prothetische voorzieningen (geen vergoeding voor volledige prothese en overkappingprothese);
- restauraties door middel van niet plastische materialen;
- parodontologie;
- gnathologie;
- implantaten met uitsluiting van kosten zoals omschreven onder artikel 4.11.

Voorwaarden:

Onder de vergoedingen zijn niet begrepen behandelingen en kosten welk verband houden met en/of voortvloeien uit gebitsregulatie (orthodontie). Tandheelkundige behandelingen worden uitgevoerd door een tandarts of mondhygiënist.

Artikel 4 Uitsluitingen

Geen vergoeding wordt verleend voor:

4.1 Na-u-clausule

de kosten die gedekt zijn onder een andere (speciale) verzekering, al dan niet van oudere datum, of onder een andere verzekering gedekt zouden zijn indien onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan;

4.2 Samenloop

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 gereguleerde verzekering;

- regeling van overheidswege;
- enigerlei subsidieregeling;
- of een andere overeenkomst.

In een dergelijk geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig en zullen alleen de kosten voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaan waarop de verzekeringnemer of de verzekerde elders aanspraak zou kunnen doen gelden;

4.3 AWBZ

verstrekkingen krachtens de AWBZ waarop verzekerden op grond van die wet geen recht hebben. Tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen hebben niet-ingezetenen geen recht op vergoeding van kosten welke voor Nederlands ingezetenen voor rekening van de AWBZ zouden komen;

4.5 Niet nagekomen afspraak

declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;

4.6 Keuringen en attesten.

de kosten van keuringen en het afgeven van attesten;

4.7 Dekking

de kosten welke zijn gemaakt in de periode dat deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van behandeling bepalend is;

4.8 Molest

kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf; -indien de schade is veroorzaakt door terrorisme is de dekking gelimiteerd tot het bedrag van de uitkering die de zorgverzekeraar binnen de aanspraak op schadevergoeding ontvangt van de NHT (Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismedekking) zie clausule terrorismedekking;

4.9 Gebitsregulatie

de kosten van orthodontie;

4.10 Atoomkernreacties

kosten welke zijn veroorzaakt door of verband houden met atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;

4.10.1 De uitsluiting onder 4.10 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).

4.10.2 Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 4.10.1 geen toepassing;

4.11 Tandheelkundige implantaten

de kosten van implantaten indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese;

4.12 Farmaceutische Zorg

de kosten van geneesmiddelen;

4.13 Tandtechnici

voor door tandtechnici al dan niet onder eigen naam verrichte tandheelkundige behandelingen.

Artikel 5 Algemeen

5.1 Grondslag van de verzekering

Aan deze overeenkomst liggen ten grondslag de in het aanvraagformulier en voor zover van toepassing de gezondheidsverklaring verstrekte opgaven en inlichtingen door de verzekeringsnemer aan de maatschappij, alsmede - indien medische keuring heeft plaatsgevonden - de bij die keuring door verzekeringsnemer en/of verzekerde verstrekte gegevens.

Verzekeringnemer is verplicht de gestelde vragen in voornoemde opgaven en verklaringen zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor feiten en omstandigheden die betrekking hebben op een bij het sluiten van deze verzekering bekende derde, wiens belangen worden meeverzekerd en die de leeftijd van zestien jaar heeft bereikt.

Feiten en omstandigheden die verzekeringnemer kent of behoort te kennen nadat verzekeringnemer deze aanvraag heeft ingezonden, maar voordat de zorgverzekeraar heeft bericht over zijn definitieve beslissing het door u ter verzekering aangeboden risico al dan niet te verzekeren, dient verzekeringnemer alsnog aan de zorgverzekeraar mede te delen indien deze vallen onder de vraagstelling in voornoemde opgaven en verklaringen.

Indien verzekerde niet of niet volledig aan zijn mededelingsplicht heeft voldaan, kan zulks ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. Indien verzekerde met opzet tot misleiden van de zorgverzekeraar heeft gehandeld of deze bij kennis omtrent de ware stand van zaken de verzekering nimmer zou hebben gesloten, heeft hij tevens het recht de verzekering op te zeggen.

5.2 Begin en einde van de vergoeding

Indien op grond van de eerdere bepalingen in deze voorwaarden recht bestaat op vergoeding van gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover de zorg is genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

5.3 Registratie van de persoonsgegevens

De bij de aanvraag van deze verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de zorgverzekeraar gevoerde persoonsregistratie. De verwerking van deze gegevens geschiedt vertrouwelijk en overeenkomstig de voorschriften van de Wet Bescherming Persoonsgegevens.

5.4 Machtiging

Een door de zorgverzekeraar afgegeven machtiging geldt niet langer dan de looptijd van de verzekering en is afgegeven onder voorbehoud van wijziging in wet en regelgeving.

5.5 Kennisgeving

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan

het laatst bekende adres of aan het adres van degene door wiens bemiddeling de verzekering loopt, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

Artikel 6 premie

6.1 Premie verschuldigd

Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd

6.2 Premierestitutie

Behalve bij opzegging wegens opzet de zorgverzekeraar te misleiden, wordt bij tussentijdse opzegging de lopende premie naar billijkheid verminderd.

Artikel 7 Premiebetaling en schorsing

7.1 Premiebetaling

De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

7.2 Schorsing

Indien de verzekeringnemer de verschuldigde premie niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn. Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de schorsing is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

Artikel 8 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde

8.1 Schademeldingsplicht

Zodra verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde op de hoogte is of behoort te zijn van een gebeurtenis die voor zorgverzekeraar tot een uitkeringsplicht kan leiden, is hij verplicht die gebeurtenis zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is aan zorgverzekeraar te melden.

8.2 Schade-informatieplicht

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn aan de zorgverzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die voor zorgverzekeraar van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.

8.3 Medewerkingsplicht

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht hun volle medewerking te verlenen en alles na te laten wat de belangen van zorgverzekeraar zou kunnen benadelen.

8.4 Originele nota's

De verzekeringnemer/verzekerde dient de originele nota's binnen drie jaren gerekend vanaf de factuurdatum, bij de zorgverzekeraar in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn.

8.5 Belangen van de zorgverzekeraar

Aan deze verzekering kunnen geen rechten worden ontleend indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een of meer van bovenstaande polisverplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van zorgverzekeraar heeft benadeeld. Elk recht op uitkering komt te vervallen, indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde de hiervoor genoemde verplichtingen niet is nagekomen met de opzet de zorgverzekeraar te misleiden, tenzij de misleiding het verval van recht niet rechtvaardigt.

Artikel 9 Declaraties en schorsing

9.1 Rechtstreeks betaalde declaraties

De zorgverzekeraar heeft het recht om declaraties van zorgverleners, die bij de zorgverzekeraar zijn ingediend door de zorgverlener, rechtstreeks te voldoen aan de zorgverlener. Verzekeringnemer heeft recht op een specificatie van de betaalde bedragen door middel van een uitkeringsbrief.

9.2 Verschuldigde bedragen

De in het vorige lid 1 genoemde declaratie zal door de zorgverzekeraar volledig aan de zorgverlener betaald worden, ook al komt de declaratie niet volledig voor vergoeding in aanmerking, door bijvoorbeeld een openstaand eigen risico of een beperkte vergoedingsregeling. Verzekeringnemer dient het eigen risico of vergoeding(en), voorzover deze boven de beperkte vergoedingsregeling uitkomen, te voldoen aan de zorgverzekeraar.

9.3 Vordering in het algemeen

De in het vorige lid 2 omschreven bedragen zijn verschuldigd zodra verzekeringnemer de verzamelnota heeft ontvangen. De verzamelnota bevat een overzicht van de verschillende uitkeringsbrieven, waarin de verschuldigde bedragen zijn opgenomen. De verzekeringnemer dient de verschuldigde bedragen aan de zorgverzekeraar, binnen de in de verzamelnota genoemde termijn, te voldoen. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

9.4 Schorsing

Indien verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de verzamelnota genoemde termijn betaalt, volgt na de verzamelnota nog een aanmaning. Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn. Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde,

eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de schorsing is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

Artikel 10 Regres

De verzekeringnemer of verzekerde is verplicht:

- a. de zorgverzekeraar inlichtingen te verschaffen en medewerking te verlenen bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- b. alvorens met een derde, of degene die voor of namens de derde optreedt - daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde - een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, contact op te nemen met de zorgverzekeraar.

In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling treffen, waaronder mede begrepen het verlenen van kwijting, waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten zou worden benadeeld.

Indien verzekerde geheel of gedeeltelijk niet voldoet aan het in dit artikel bepaalde is hij tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de kant van de zorgverzekeraar geleden schade.

Artikel 11 Fraude

11.1 Definitie

Fraude is het opzettelijk onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van vergoeding van de zorgverzekeraar. Tevens omvat fraude het met opzet misleiden van de zorgverzekeraar met als doel het afsluiten van een verzekeringsovereenkomst die de zorgverzekeraar bij juiste kennis van zaken niet of onder andere voorwaarden zou hebben gesloten.

11.2 Vervallen rechten

Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op vergoeding vervalt indien de verzekeringnemer en/of verzekerde en/of een bij de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan met betrekking van een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor de zorgverzekeraar bij de beoordeling van de ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor het hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

11.3 Aangifte

Als er sprake is van fraude als bedoeld in lid 1 van dit artikel, kan dit tot gevolg hebben dat de zorgverzekeraar aangifte doet bij de politie.

11.4 Einde overeenkomst

De zorgverzekeraar heeft het recht de overeenkomst, in geval van fraude te beëindigen.

11.5 Registratie fraude

De zorgverzekeraar kan registratie doen in de tussende zorgverzekeraars erkende signaleringssystemen.

11.6 Vordering

Als er sprake is van fraude, als bedoeld in lid 1 van dit artikel, heeft de zorgverzekeraar het recht tot terugvordering van de uitgekeerde vergoeding en gemaakte kosten.

Artikel 12 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

12.1 Kennisgeving

De verzekeringnemer is verplicht binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d.

Artikel 13 Herziening van premie of voorwaarden

13.1 Herziening

De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende zorgpolissen en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum. De zorgverzekeraar doet van de voorgenomen herziening schriftelijk mededeling, eventueel op de premiekwitanties.

13.2 Verstrijken termijn beëindigen overeenkomst

Heeft de zorgverzekeraar binnen 30 dagen na de in het eerste lid genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

Artikel 14 Duur van de verzekering

14.1 Begin van de verzekering

De verzekering gaat in op de datum dat de zorgverzekeraar het verzoek daartoe alsmede de aanduiding van de variant waarvoor verzekerde kiest, heeft ontvangen. De ingangsdatum wordt op het polisblad vermeld.

14.2 Looptijd

Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

14.3 Einde van de verzekering

14.3.1 Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens schriftelijke opzegging door de zorgverzekeraar in navolgende gevallen:

14.3.1.1 Indien verzekeringnemer de verschuldigde premie of de verschuldigde bedragen als bedoeld in artikel 7.1, niet tijdig betaalt of weigert te betalen, heeft de zorgverzekeraar het recht de verzekering, met inachtneming van de procedure als bedoeld in artikel 7.2 schorsing, te beëindigen;

14.3.1.2 Indien binnen twee maanden na de ontdekking dat verzekeringnemer fraude heeft gepleegd, als bedoeld in artikel 11.1, of de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen en verzekeringnemer daarbij heeft gehandeld met het opzet zorgverzekeraar te misleiden dan wel zorgverzekeraar de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet

zou hebben gesloten. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum.

14.3.2 De verzekering eindigt door een schriftelijke opzegging door verzekeringnemer in navolgende gevallen:

14.3.2.1 Tegen het einde van de op het polisblad vermelde geldigheidsduur met inachtneming van een opzeggingstermijn van twee maanden;

14.3.2.2 Indien de verzekeringnemer niet met een herziening als bedoeld in artikel 13.1 akkoord gaat. Verzekeringnemer dient de verzekering binnen één maand na ontvangst van de schriftelijke mededeling als bedoeld in artikel 13.1 van zorgverzekeraar op te zeggen. De verzekering eindigt op de dag waarop de wijziging volgens de schriftelijke mededeling van zorgverzekeraar ingaat. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven. De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering door verzekeringnemer of verzekerde geldt niet indien:

- de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen en bepalingen;

- de wijziging van de premie voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde wiens leeftijd bepalend is voor de premie;

- de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;

- de wijziging een uitbreiding van de dekking bij gelijkblijvende premie inhoudt;

14.3.2.3 Indien binnen twee maanden nadat de zorgverzekeraar tegenover verzekeringnemer een beroep op de niet nakoming van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft gedaan. De verzekering eindigt op de datum die in de opzeggingsbrief is vermeld of bij gebreke daarvan op de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief.

14.3.3 De verzekering eindigt in navolgende gevallen:

14.3.3.1 De verzekering eindigt de volgende dag ingeval van overlijden van de verzekerde. De zorgverzekeraar dient binnen twee maanden na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden;

14.3.3.2 De verzekering eindigt (tenzij na schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar anders is overeen gekomen) voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.

Artikel 15 Toepasselijk recht en klachten

15.1 Toepasselijk recht

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

15.2 Klachten

15.2.1 Intern klachtenbureau

Klachten die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst kunnen worden voorgelegd aan het interne klachtenbureau van de maatschappij.

15.2.2 Ombudsman Zorgverzekeringen

Wanneer het oordeel van de maatschappij voor de verzekerde niet bevredigend is, kan deze zich wenden tot de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist. Telefoon: (030) 698 83 60.

15.2.3 De rechter

Wanneer verzekerde geen gebruik wil maken van de klachtenbehandelingsmogelijkheden, of de behandeling of uitkomst niet bevredigend vindt, kan hij het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.

Artikel 16 Bepalingen in verband met collectiviteit

16.1 Uitdiensttreding

Als een verzekerde een functie elders aanvaardt, kan de verzekering zonder selectie worden voortgezet tegen een gelijkwaardige individuele aanvullende verzekering, mits de wens daartoe binnen veertien dagen na beëindiging van het dienstverband schriftelijk aan de zorgverzekeraar wordt kenbaar gemaakt. Bijzondere afspraken die uitsluitend gelden voor het collectief worden op de individuele aanvullende verzekering niet voortgezet.

16.2 Afbreuk collectief karakter

De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor, als aan het (collectieve) karakter van dit contract in aanzienlijke mate afbreuk wordt gedaan, het contract tussentijds te beëindigen met inachtneming van een opzegtermijn van een maand.

Clausule terrorismedekking

Op deze verzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT).

De tekst van de clausule terrorismedekking is op verzoek bij de zorgverzekeraar opvraagbaar.