

# Reglement

Algemene verzekeringsvoorwaarden (vanaf 1-1-2003)

	<b>Pagina</b>
Begripsomschrijvingen .....	2
Lijst van Verstrekkingen .....	8
Bijzondere Aanspraken .....	8
Uitsluitingen .....	9
Bijzonderheden .....	11

Het Reglement omvat de algemene verzekeringsvoorwaarden van uw ziektekostenpolis.

In het Reglement staan onder andere:

- de begripsomschrijving ten aanzien van de zorgaanbieders en zorginstellingen;
- uitsluitingen;
- verplichtingen bij opname in en ontslag uit een ziekenhuis;
- verplichtingen bij de indiening van nota's;
- eigen risico vaststelling;
- premiebetaling;
- de meldingsplicht bij wijzigingen.

Voor de specifieke verzekeringsvoorwaarden verwijzen wij u naar de Lijst van Verstrekkingen, hierin staat onder andere welke verstrekkingen voor vergoeding in aanmerking komen, of er een maximum geldt ten aanzien van het aantal behandelingen of de hoogte van de vergoeding en voor welke verstrekkingen er vooraf machtiging dient te worden aangevraagd. Het Reglement en de Lijst van Verstrekkingen vormen samen uw verzekeringsvoorwaarden.

## 1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

**1.1 Acupuncturist:** Een in Nederland gevestigde acupuncturist die is aangesloten bij de Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV), de Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde (ZHONG), de Nederlandse Vereniging van Acupunctuur (NVA), het Nederlandse Genootschap van Acupunctuur (NGVA), de Nederlandse Werkgroep Praktizijns (NWP) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

**1.2 Antroposofisch arts:** Een in Nederland gevestigde arts die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

**1.3 Apotheker:** Een in Nederland gevestigde apotheker wiens apotheek voor een ieder toegankelijk is en die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

**1.4 Arts:** Een in Nederland gevestigde arts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

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

**1.6 AWBZ:** Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

**1.7 Bijkomende kosten:** De neventarieven die door de instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht; de neventarieven die door een privé-kliniek of zelfstandig behandelcentrum op grond van een CTG-tariefsbeschikking rechtsgeldig bij verzekeraar in rekening mogen worden gebracht.

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

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

**1.10 Chiropractor:** Een in Nederland gevestigde chiropractor die is aangesloten bij de Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

**1.11 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 specialist.

**1.12 Dekking:** De in de Lijst van Verstrekingen genoemde en verzekerde vergoedingen en verstrekingen.

**1.13 Diëtist:** Een in Nederland vrijgevestigde diëtist die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

**1.14 Drogist:** Een in Nederland gevestigde drogist in het bezit van:

- a. het Vakdiploma drogist van de Stichting Pharmacon;
- b. een geneesmiddelenvergunning afgegeven door het terzake bevoegde Ministerie.

**1.15 Duurzaam samenlevende persoon:** Persoon die tenminste gedurende één jaar aantoonbaar samenwoont met verzekerde en daarmee een gezamenlijke huishouding voert of een persoon die een samenlevingscontract met verzekerde heeft afgesloten.

**1.16 Eigen bijdrage:** De bijdrage, die naast de vergoeding krachtens de verzekering, door verzekerde zelf verschuldigd is.

**1.17 Ergotherapeut:** Een in Nederland gevestigd ergotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

**1.18 Familiaal in de eerste of tweede graad:** Als familieleden in de eerste en tweede graad worden uitsluitend begrepen: echtgenoot, echtgenote, (schoon)ouders, (schoon)zoons, (schoon)dochters, broers, zwagers, (schoon)zusters, grootouders en kleinkinderen.

**1.19 Farmaceutische zorg:** De volgende geneesmiddelen (farmaceutische zorg) zijn bij ministeriële Regeling aangewezen:

- geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd;
- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, niet zijnde geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1 van het Besluit homeopathische farmaceutische producten;
- bloedproducten als bedoeld in de Wet inzake Bloedtransfusie;
- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten;
- verbandmiddelen (niet zijnde zelfzorgmiddelen) in geval van ernstige aandoeningen waarbij een langdurige behandeling met deze middelen is aangewezen.

Het geneesmiddel dient te worden toegepast voor de indicatie waarvoor de registratie is afgegeven. Geneesmiddelen verstrekt meer dan een half jaar na het laatste bezoek aan de huisarts, specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige worden niet meer beschouwd als geneesmiddelen voorgeschreven door een van de hiervoor genoemde zorgaanbieders.

**1.20 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 heilgymnastmasseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

**1.21 Geregistreerde partner:** Persoon waarmee verzekerde een geregistreerd partnerschap heeft laten registreren, tot stand gekomen via een akte van registratie van partnerschap opgemaakt door de ambtenaar van de burgerlijke stand.

**1.22 Gezin:** Tot het gezin behoren:

- twee gehuwden;
- geregistreerde partners;
- duurzaam samenlevende personen;

- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 18 jaar;
- een alleenstaande met één of meer kinderen zoals hierboven vermeld.

### 1.23 GVS: Geneesmiddelenvergoedingssysteem.

**1.24 Herstellingsoord:** Een in Nederland gevestigd herstellingsoord, niet zijnde een AWBZ-instelling. De herstellingsoorden die onder deze regeling vallen zijn: "Daidalos" te Driebergen, "De Kim" te Noordwijk aan Zee, "Overbosch" te Hilversum, "De Wiltzangk" te Bilthoven en "Het Wilhelminahuis" te Valburg of een daartoe bevoegd oord, dat voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

**1.25 Homeopaat:** Een in Nederland gevestigde homeopaat die is aangesloten bij de Artsenvereniging ter Bevordering van de Natuurlijke Geneeswijzen (ABNG), Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland (VHAN), Nederlandse Vereniging van Klassieke Homeopaten (NVKH), de Nederlandse Werkgroep Praktizijns (NWP) of de Vereniging Beter Natuurlijk (VBN) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

**1.26 Hoofdverzekering:** De door verzekeraar 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 Geové zorgverzekeraar, niet zijnde de aanvullende verzekering(en) die in combinatie met de hiervoor genoemde hoofdverzekeringen bij verzekeraar kunnen worden afgesloten.

**1.27 Huidtherapeut:** Een in Nederland gevestigde huidtherapeut die in het bezit is van het diploma huidtherapeut van de hogeschool van Utrecht of Eindhoven en is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten, of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

**1.28 Huisarts:** Een in Nederland gevestigde arts die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent en is ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Onder het uitoefenen van de algemene praktijk wordt verstaan het verlenen van huisartsenhulp, zowel ten huize van verzekerde als op het spreekuur van de arts.

**1.29 Hulp in natura:** Aanspraken waarbij door of namens verzekeraar een dienst wordt verleend of verstrekkingen worden geleverd.

**1.30 Hulpmiddelen:** De hulpmiddelen die limitatief in de Bepaling Hulpmiddelen van verzekeraar zijn opgenomen.

**1.31 Kaakchirurg:** Een in Nederland gevestigde tandarts-specialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

**1.32 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 een door de Vereniging Vrijgevestigde Fysiotherapeuten (VVF) en de Contactcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen van Zorgverzekeraars Nederland (ZN/KPZ) aangewezen register.

**1.33 Kraamcentrum:** Een conform bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten instelling, alsmede de door verzekeraar als zodanig gecontracteerde instelling.

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

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

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

**1.37 Machtiging:** Schriftelijke toestemming van verzekeraar op grond waarvan verzekerde recht verkrijgt op verstrekkingen en/of vergoedingen conform het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden. Aan een machtiging kunnen door verzekeraar nadere voorwaarden worden verbonden.

**1.38 Manueel Arts:** Een in Nederland gevestigde arts die is aangesloten bij Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde (NVAMG) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

**1.39 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 is ingeschreven in een door de Vereniging Vrijgevestigde Fysiotherapeuten (VVF) en de Contactcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen van Zorgverzekeraars Nederland (ZN/KPZ) aangewezen register.

**1.40 Medisch adviseur:** De door verzekeraar aangewezen arts die verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

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

**1.42 Arts-Moermantherapeut:** Een in Nederland gevestigde arts die is aangesloten bij de Artsenvereniging ter Bevordering van de Natuurlijke Geneeswijzen (ABNG) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

**1.43 Mondhygiënist:** Een in Nederland vrijgevestigd en gediplomeerd mondhygiënist(e) die voldoet aan door verzekeraar gestelde kwaliteitscriteria en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

**1.44 Natuurgeneeskundige:** Een in Nederland gevestigde arts die is aangesloten bij de Artsenvereniging ter bevordering van de Natuurlijke Geneeswijzen (ABNG) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

**1.45 Neuraaltherapeut:** Een in Nederland gevestigde arts die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Neuraal- en Regulatietherapie (NVNR) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder,

die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

**1.46 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 is ingeschreven in een door de Vereniging Vrijgevestigde Fysiotherapeuten (VVF) en de Contactcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen van Zorgverzekeraars Nederland (ZN/KPZ) aangevoerd register.

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

**1.48 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 specialist noodzakelijk moet zijn.

**1.49 Orthodontist:** Een in Nederland gevestigde tandarts-specialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

**1.50 Orthomoleculaire geneeskundige:** Een in Nederland gevestigde Orthomoleculaire geneeskundige die arts is en aangesloten bij de Artsenvereniging ter Bevordering van de Natuurlijke Geneeswijzen (ABNG) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

**1.51 Osteopaat:** Een in Nederland gevestigde Osteopaat die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Osteopathie (NVO) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

**1.52 Overgangsconsulent:** Een in Nederland gevestigde overgangsconsulent die beschikt over het opleidingscertificaat van de organisatie 'Care for Women' of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

**1.53 Parodontoloog:** Een in Nederland gevestigde tandarts die als zodanig is ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging van Parodontologie en erkend is door het Consilium Parodontologicum.

**1.54 Podoposturaal therapeut:** Een in Nederland gevestigde podoposturaal therapeut, voor zover aangesloten bij de Omni Podo Genootschap of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

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

**1.56 Privé-kliniek:** Zie zelfstandig behandelcentrum.

**1.57 ProVé B.V.:** Een reïntegratiebedrijf dat is gespecialiseerd in het herplaatsen van verzuimende arbeidsongeschikte of arbeidsgehandicapte (ex)werknemers.

**1.58 Psychologische hulpverlener:** Eerstelijnspsycholoog: Een in Nederland gevestigde psycholoog die als zodanig is ingeschreven in het register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) als gekwalificeerd eerstelijnspsycholoog. GZ-psycholoog: Een in Nederland gevestigde gezondheidszorgpsycholoog die is afgestudeerd in de psychologie en die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en werkzaam is in de eerste lijn. Orthopedagogen vallen niet onder deze omschrijving. Alternatieve psychologische hulpverlener: Een in Nederland gevestigde hulpverlener die is aangesloten bij het Nederlands Verbond van Psychologen en Agogen (NVPA), Vereniging van Haptotherapeuten (VVH), Nederlandse Vereniging van Postural Integration-therapeuten (NVPIT) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

**1.59 Reddingskosten:** De kosten van na ongeval of vermissing door of namens bevoegde overheidsinstanties of particuliere instantie ondernomen activiteiten tot opsporing, redding en/of berging van verzekerde. Hieronder worden ook verstaan de kosten van o.a. helikoptervervoer, de zogenaamde "glijbanaan" en andere bijzondere vervoermiddelen, welke worden ingezet indien vervoer per ambulance niet mogelijk is.

**1.60 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 specialist, verbonden aan een conform bij de wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

**1.61 Specialist:** Een in Nederland gevestigde arts die voor het door hem uitgeoefend specialisme staat ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Als specialist dient eveneens te worden aangemerkt een in Nederland gevestigde tandarts die is ingeschreven in het specialistenregister voor Mondziekten en Kaakchirurgie van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

**1.62 Specialistische hulp:** Zorg of onderzoek volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven.

**1.63 Spoedeisende zorg in het buitenland:** Situatie waarin de gezondheidstoestand van verzekerde onmiddellijk geneeskundige verzorging noodzakelijk maakt en niet kan worden uitgesteld tot terugkomst in Nederland.

**1.64 Sportarts:** Een in Nederland gevestigde sportarts die als zodanig erkend is door het College van de Sociale Geneeskunde (SCRG).

**1.65 Sport Medisch Adviescentrum (SMA):** Een door het NOC\*NSF erkend Sport Medisch Adviescentrum.

**1.66 Tandarts:** Een in Nederland gevestigde tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG .

**1.67 Tandprotheticus:** Een in Nederland gevestigde en gediplomeerde tandprotheticus die voldoet aan de door verzekeraar gestelde kwaliteitscriteria en op grond daarvan als zodanig door verzekeraar is erkend.

**1.68 Verloskundige:** Een in Nederland gevestigde verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

**1.69 Verzekeraar:** Onderlinge Waarborgmaatschappij Geové U.A.

**1.70 Verzekerde:** Degene die als zodanig op de polis, op het polisaanhangsel of op het Bewijs van Inschrijving is vermeld. Met de in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen omschrijving “..per verzekerde per kalenderjaar..” wordt bedoeld per behandelde verzekerde per kalenderjaar.

**1.71 Verzekeringnemer:** Degene die de verzekeringsovereenkomst met verzekeraar is aangegaan.

**1.72 Verzekeringsduur:** De termijn waarbinnen een verzekeringsovereenkomst tussen verzekeraar en verzekerde ononderbroken van kracht is.

**1.73 Vroegsignalering:** Door middel van Vroegsignalering wordt bij langdurig verzuim door arbeidsongeschiktheid inzicht gegeven in de kans op hervatting van het eigen werk, de kans op vervangend werk dan wel de kans aanspraak te gaan maken op de WAO.

**1.74 Wet BIG:** Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

**1.75 Zelfstandig behandelcentrum:** Een in Nederland gelegen centrum voor specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

**1.76 Ziekenfonds:** Een rechtspersoon overeenkomstig artikel 34 van de Ziekenfondswet.

**1.77 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.

**1.78 Zorgmakelaar:** De Zorgmakelaar van verzekeraar.

**1.79 Zorgverzekeraars Nederland (ZN):** Overkoepelende vereniging van particuliere ziektekostenverzekeraars en ziekenfondsen in Nederland.

## 2. LIJST VAN VERSTREKKINGEN

De Lijst van Verstrekkingen dient als onderdeel van dit Reglement te worden beschouwd.

## 3. BIJZONDERE AANSPRAKEN

**3.1 Pasgeboren kinderen:** Voor kinderen van verzekerden, geboren tijdens de duur van de verzekeringsovereenkomst geldt, mits zij binnen twee maanden na hun geboorte ter verzekering zijn aangemeld en één of beide ouders op dat moment bij verzekeraar verzekerd zijn, dat zij zonder medische acceptatie op de polis worden bijgeschreven.

Indien slechts één van de ouders bij verzekeraar is verzekerd kan alleen dan inschrijving en vergoeding van kosten geschieden, zoals in artikel 3.1.1 vermeld, indien wordt aangetoond dat de verzekerde ouder is aan te merken als kostwinner van het kind.

**3.1.1** De verzekering is vanaf de geboorte van kracht ongeacht eventueel aangeboren ziekten, aandoeningen of afwijkingen; het in artikel 4.9 bepaalde is dan niet van toepassing.



### **3.2 Buitenlanddekking:**

**3.2.1** De ziekenhuizen gelegen in Bocholt, Anholt, Vreden en Borken (Duitsland) zullen worden beschouwd als ziekenhuizen, zoals omschreven in artikel 1.77. De artsen, die als erkend specialist aan voornoemde ziekenhuizen verbonden zijn, zullen worden beschouwd als specialist zoals omschreven in artikel 1.61.

**3.2.2** Deze verzekering blijft van kracht bij een tijdelijk en aaneengesloten verblijf van maximaal zes maanden in het buitenland. Een nieuwe periode van zes maanden ontstaat wanneer verzekerde meer dan twee maanden aaneengesloten in Nederland verblijft. Verzekerde is verplicht een aaneengesloten verblijf van langer dan twee maanden in het buitenland voor datum vertrek schriftelijk bij verzekeraar te melden.

Indien tijdens een verblijf van verzekerde in het buitenland in verband met een ongeval of acute ziekte, medische hulp ter plaatse dient te worden ingeroepen, vindt vergoeding van de gemaakte kosten conform het bepaalde in de Lijst van Verstrekkingen plaats, voorzover de behandeling niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Eventuele opname dient te geschieden in een ter plaatse erkend algemeen ziekenhuis. Als arts/specialist in het buitenland wordt beschouwd een ter plaatse bevoegde arts die volgens de aldaar geldende normen als arts/specialist wordt aangemerkt.

## **4. UITSLUITINGEN**

Geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt:

**4.1** Voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij. Een en ander overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage zijn gedeponneerd;

**4.2** Indien, zo deze verzekeringsovereenkomst niet bestond, door verzekeringnemer of verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, enigerlei subsidieregeling dan wel een andere (verzekerings)overeenkomst, 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;

**4.3** Voor de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de eigen bijdrage voor bevolkingsonderzoek;

**4.4.1** Voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, onverschillig hoe deze is ontstaan;

**4.4.2** De uitsluiting onder 4.4.1 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);

**4.4.3** Voor zover krachtens Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 4.4.2 geen toepassing;

**4.5** Voor onderzoek, behandeling, verpleging, geneesmiddelen of hulpmiddelen waarvoor geen medische noodzaak bestaat, alsmede de hieruit voortvloeiende kosten van vervolg- of herstelbehandelingen/operaties, al dan niet medisch noodzakelijk;

**4.6** 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, dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking;

**4.7** Voor onderzoek en/of behandeling door een hooglerspecialist, tenzij door de specialist wordt doorverwezen naar een hooglerspecialist;

**4.8** Voor keuringen, attesten en vaccinaties, tenzij in de regeling Farmaceutische Zorg anders is bepaald;

**4.9** Voor een behandeling die verband houdt met ziekten, aandoeningen, afwijkingen of klachten die reeds bestonden vóór of bij het totstandkomen van de verzekeringsovereenkomst terwijl verzekeringnemer of verzekerde op dat tijdstip hiervan kennis droeg, redelijkerwijs kennis had kunnen dragen of klachten ondervond. Het bovenstaande is niet van toepassing indien verzekeringnemer verzekerder vóór de totstandkoming van de verzekeringsovereenkomst van de bewuste ziekten, aandoeningen, afwijkingen of klachten schriftelijk op de hoogte heeft gebracht en verzekerder bij het aanvaarden van de verzekeringsovereenkomst geen bijzondere voorwaarden heeft gesteld. Bij het op verzoek van verzekeringnemer of verzekerde uitbreiden van de dekking respectievelijk verhogen van de verzekerde verpleegklasse, is het vorenstaande eveneens van toepassing op deze uitbreiding respectievelijk verhoging;

**4.10** Voor het ongedaan maken van de gevolgen van een kunstmatig verkregen steriliteit;

**4.11** Voor verrichtingen (bijvoorbeeld anesthesie) en verstrekkingen (bijvoorbeeld geneesmiddelen) verband houdende met ingrepen die niet onder de dekking van de verzekering vallen;

**4.12** Voor onderzoek en/of behandeling, die naar algemeen medische opvatting niet behoren tot de praktijkuitoefening van de betrokken huisarts of specialist;

**4.13** De kosten van consulten, behandelingen en/of voorgeschreven genees- en hulpmiddelen door een zorgaanbieder bij of aan zichzelf of één van de bij verzekerder verzekerde leden van het gezin, tenzij uitdrukkelijk vooraf toestemming verleend door verzekerder;

**4.14** Voor schade welke het gevolg is van opzet of (on)bewuste roekeloosheid van verzekerde of het gevolg is van een misdrijf waaraan verzekerde heeft deelgenomen.

## BIJZONDERHEDEN

### 5. ALGEMEEN

**5.1 Grondslag van de verzekering:** Het volledig ingevulde en ondertekende aanvraagformulier met de daarin door verzekeringnemer of verzekerde gedane, al dan niet eigenhandig geschreven mededelingen, alsmede eventuele schriftelijke gegevens, daarbij afzonderlijk door verzekeringnemer of verzekerde verstrekt, gelden als grondslag van deze verzekering en worden geacht daarmee een geheel te vormen. Verzekeraar is geen 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 verzekeringsovereenkomst in te roepen, indien de mededelingen in het aanvraagformulier dan wel in de afzonderlijke gegevens verstrekt, in strijd met de waarheid zijn of omstandigheden verzwegen werden, welke van dien aard waren, dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien verzekeraar daarvan kennis had gedragen. Verzekeraar kan zonder opgaaf van redenen een aanvraag afwijzen of bepaalde kwalen, ziekten of gebreken van uitkering uitsluiten; bij een dergelijke uitsluiting blijven de verschuldigde premies ongewijzigd.

**5.2 Strekking van de verzekering:** Voor elke op het polisblad vermelde verzekerde wordt onder eventueel nader te stellen voorwaarden vergoeding verleend van de kosten die verbonden zijn aan of het gevolg zijn van medische behandeling, mits en zolang deze behandeling medisch noodzakelijk is en voorzover verzekerde en omschreven in de Lijst van Verstrekkingen. Met inachtneming van hetgeen in het Reglement en de Lijst van Verstrekkingen is bepaald, worden ten hoogste de tarieven vergoed, zoals deze zijn vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) krachtens de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG).

**5.3 Risico-uitbreiding c.q. wijziging:** Een verzoek tot uitbreiding of een wijziging van de dekking dient schriftelijk te geschieden. Indien een verzekerde het risico waarvoor hij verzekerd is wenst uit te breiden of te wijzigen, dan wordt geacht een geheel nieuwe verzekeringsovereenkomst te zijn afgesloten. Het bepaalde in artikel 5.1 is en blijft onverminderd van toepassing op respectievelijk de uitbreiding c.q. wijziging van de dekking als ook op de gegevens en mededelingen zoals door verzekerde in het verleden in eerste instantie op en bij het aanvraagformulier zijn overgelegd. Het uitbreiden van het verzekerde risico kan uitsluitend per 1 januari van elk kalenderjaar, met uitzondering van de aanvullende tandartspakketten en de klasseverzekeringen waarvoor tussentijdse uitbreiding kan plaatsvinden per de eerste van de maand volgend op de maand waarin acceptatie heeft plaatsgevonden. Voor de klasseverzekering geldt een wachttijd van 4 maanden alvorens het recht op vergoeding aanvangt.

**5.4 Keuzevrijheid:** Verzekerde is vrij in de keuze van ziekenhuis, specialist, huisarts, tandarts, verloskundige, kraamverzorgster, fysiotherapeut, oefentherapeut, logopedist, apotheker etc.

**5.5 Toezeggingen:** Er kan slechts een beroep worden gedaan op telefonische en mondelinge toezeggingen indien verzekeraar deze schriftelijk heeft bevestigd.

**5.6 Persoonsgegevens:** De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden door verzekeraar gebruikt voor het accepteren van een aanvraag, het uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst en de wettelijke regelingen. Tevens worden persoonsgegevens gebruikt voor overige activiteiten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering, zoals ten behoeve van fraudepreventie of om te informeren over relevante producten en diensten. Voor nadere informatie kan de website [www.geove.nl](http://www.geove.nl) worden bezocht.

## **6. OPNAME IN EEN HOGERE OF LAGERE KLASSE**

Indien verzekerde in een ziekenhuis wordt opgenomen in een hogere dan de verzekerde klasse, worden de kosten van verpleging en bijkomende kosten vergoed op basis van de tarieven die verzekeraar voor de verzekerde klasse verschuldigd zou zijn. Indien een verzekerde in een ziekenhuis wordt opgenomen in een lagere dan de verzekerde klasse, worden de kosten van verpleging en bijkomende kosten vergoed op basis van de voor deze lagere klasse geldende tarieven.

## **7. VERPLICHTING BIJ OPNAME OF BEHANDELING**

Verzekeringnemer is verplicht ervoor te zorgen:

**7.1** dat van een opname in een ziekenhuis zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen drie dagen na opname, schriftelijk kennis wordt gegeven aan verzekeraar. Deze kennisgeving dient te geschieden zodra bekend is, dat opname zal moeten plaatsvinden;

**7.2** dat in geval van poliklinische specialistische behandeling (behoudens in geval van behandeling door een oogarts of een keel-, neus- en oorarts) een verklaring van de huisarts of tandarts wordt overgelegd, waaruit de verwijzing naar de specialist blijkt;

**7.3** dat desgevraagd aan verzekeraar, haar medisch adviseur of hen, die met de controle zijn belast, medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van alle gewenste inlichtingen;

**7.4** dat bij mogelijke aanspraak jegens derden verzekeraar zo spoedig mogelijk daarvan in kennis gesteld wordt, waarna verzekeraar overgaat tot vergoeding van de onder de verzekering begrepen kosten. Verzekeringnemer is in dat geval gehouden de door verzekeraar wenselijk geachte medewerking te verlenen om verzekeraar in staat te stellen de vergoede kosten op de aansprakelijke derde te verhalen, bij gebreke waarvan het recht op uitkering vervalt en verzekeraar het recht heeft de uitgekeerde bedragen terug te vorderen. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van verzekeraar mag verzekerde geen regeling (doen) treffen met een aansprakelijke derde of diens verzekeraar.

## **8. VERPLICHTING BIJ INDIENING VAN NOTA'S**

Verzekeringnemer is verplicht ervoor te zorgen:

**8.1** dat de indiening van nota's zo spoedig mogelijk geschiedt, echter uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarin de medische behandeling, de verpleging, het onderzoek e.d. heeft plaatsgevonden dient verzekeraar de nota's te hebben ontvangen.

N.B. De nota's worden op volgorde van binnenkomst in behandeling genomen. Bepalend voor het recht op uitkering is de datum van behandeling, verpleging, onderzoek e.d. De dagtekening, de datum waarop de nota is ontvangen of de datum van betaling van de nota is hierbij niet van belang;

**8.2** dat alle nota's op zodanige wijze gespecificeerd zijn, dat verzekeraar er zonder navraag uit kan opmaken tot welke vergoeding zij gehouden is. Computernota's dienen door de zorgaanbieder gewaarmerkt te zijn;

**8.3** dat de niet gespecificeerde nota's voor tandheelkundige hulp vergezeld zijn van een specificatieformulier volgens het model dat hiervoor is vastgesteld door de organisatie van tandartsen en van verzekeraars;

**8.4** dat de originele nota's worden ingezonden;

**8.5** dat openstaande bedragen van ingediende nota's die geheel dan wel gedeeltelijk onder het eigen risico vallen of niet voor vergoeding in aanmerking komen worden betaald. Eventuele kosten, zoals incassokosten en/of rentekosten, die voortvloeien uit het niet of niet tijdig betalen van het openstaande bedrag van deze nota's komen voor rekening van verzekerde.

**Bij het niet nakomen van de hiervoor in de artikelen 7 en 8 vermelde verplichtingen kan geen aanspraak op vergoeding worden gemaakt.**

#### **9. EIGEN RISICO/MAXIMA PER KALENDERJAAR**

**9.1** Voor zover volgens de Lijst van Verstrekkingen vergoeding is gebonden aan een bepaald maximum per kalenderjaar zal, indien de verzekering voor verzekerde in enig jaar slechts een deel van het kalenderjaar van kracht is, het verzekerde maximum naar evenredigheid worden verminderd.

**9.2** Indien voor een onderdeel van het verzekerde pakket, een maximum bedrag is vermeld, dan blijft dit maximum zowel van toepassing voor het eigen risico, als voor de eventuele uitkering daarna, onverminderd van kracht. Niet vergoede kosten boven het maximum tellen niet mee voor het volmaken van het eigen risico.

**9.3** Het eigen risico wordt voor het eerst vastgesteld op de ingangsdatum van de verzekering. Het wijzigen van het eigen risico door verzekerde is alleen mogelijk vanaf 1 januari volgend op het kalenderjaar waarin het verzoek om wijziging bij verzekeraar is ingediend. Het wijzigingsverzoek kan vanaf 1 juli worden ingediend en dient uiterlijk 31 december door verzekeraar te zijn ontvangen. Op basis van medische selectie wordt door verzekeraar beoordeeld of verlagings van het eigen risico mogelijk is. Tussentijdse aan- of afmeldingen van één of meer personen en tussentijdse beëindiging van de verzekering zijn voor wat betreft het lopende verzekeringsjaar noch van invloed op de hoogte van het eigen risico, noch van invloed op het totaal ingehouden eigen risicobedrag terzake reeds gedane uitkeringen.

**9.4** Indien een opname in een ziekenhuis niet eindigt in het kalenderjaar waarin deze begon, zal voor die opname slechts eenmaal het eigen risico in mindering worden gebracht, zoals dit op het moment van opname van toepassing was.

**9.5** Indien de eerste verzekeringsperiode niet gelijk is aan een kalenderjaar wordt het op het polisblad vermelde eigen risico voor die periode verminderd met 1/365 voor iedere voor de ingangsdatum reeds verstreken dag van dat kalenderjaar, met dien verstande, dat het bedrag van het eigen risico voor die periode niet lager wordt dan 40% van het voor deze verzekering geldende eigen risico.

**9.6** Van de verzekerde kosten is het bedrag van het eigen risico als op het polisblad vermeld per gezin per kalenderjaar voor rekening van verzekeringnemer. Indien op enig moment het eigen risico niet c.q. niet volledig door verzekeraar is verrekend en/of verrekening heeft kunnen plaatsvinden met vergoedingen en verstrekkingen die hebben plaatsgevonden, dan is verzekeraar te allen tijde bevoegd het nog niet verrekende eigen risico te verrekenen met toekomstige vergoedingen en verstrekkingen die op enig moment plaatsvinden en/of aan verzekeringnemer in rekening te brengen.

## **10. PREMIEBETALING, OPSCHORTING, BEËINDIGING PREMIERESTITUTIE**

**10.1** Verzekeringnemer is verplicht de premie en kosten bij vooruitbetaling te voldoen.

**10.2** Is de premie en/of de som van het in rekening gebrachte eigen risico niet binnen 30 dagen na de premievervaldag volledig voldaan dan is er sprake van verzuim en wordt de dekking opgeschort vanaf de premievervaldag. Er bestaat geen recht op uitkering meer. Verzekeringnemer blijft verplicht de verschuldigde premie en/of de som van het in rekening gebrachte eigen risico te voldoen.

**10.3** Indien verzekeraar maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen alle kosten van inning, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, voor rekening van verzekeringnemer.

**10.4** De dag nadat het volledig verschuldigde bedrag en de kosten genoemd in artikel 10.3 door verzekeraar zijn ontvangen, zal de dekking onder eventueel nader te stellen voorwaarden weer van kracht worden, tenzij de verzekering door verzekeraar is c.q. wordt beëindigd wegens wanbetaling. Na het opnieuw van kracht worden van de dekking heeft verzekeringnemer en/of verzekerde geen recht op vergoeding van kosten gemaakt of waartoe de noodzaak of de verwachting om die te maken zich geopenbaard heeft in de periode van opschorting van de dekking. Dit is ook niet het geval in de situatie dat er sprake is van reeds door verzekeraar afgegeven garantieverklaringen en/of schriftelijke toezeggingen.

**10.5** De verzekering geschiedt, behoudens in bijzondere door verzekeraar te bepalen gevallen, zonder restitutie van de premie. De verschuldigde premie en/of de som van het in rekening gebrachte eigen risico kan verzekerde niet verrekenen met de van verzekeraar te vorderen vergoeding. Indien bij de beëindiging van de verzekeringsovereenkomst verzekerde nog premie en/of een som aan eigen risico aan verzekeraar verschuldigd is, dan is verzekeraar gerechtigd eventueel nog verschuldigde vergoedingen te verrekenen met het nog totaal openstaande premiebedrag en/of de som aan eigen risico. Indien verzekeraar gehouden is premie te restitueren aan verzekeringnemer, kan verzekeraar dit verrekenen met de door verzekeringnemer verschuldigde som aan eigen risico.

**10.6** Premieverhoging of -verlaging als gevolg van wijzigingen in de gezinssamenstelling of leeftijd gaat als regel in op de dag, waarop de gewijzigde omstandigheden zich voor de eerste maal hebben voorgedaan. Verzekeringnemer en verzekerden worden geacht bekend te zijn met van toepassing zijnde leeftijdstoelagen.

**10.7** Bijzondere opschorting (terugkeergarantie):

De oude particuliere polis kan na medische acceptatie, tegen de geldende premies en voorwaarden worden voortgezet, hetgeen door verzekeraar wordt beoordeeld. Indien er geen acceptatie op de oude polis kan plaatsvinden biedt verzekeraar verzekerde de mogelijkheid een Standaardpakketpolis met een aanvullende verzekering af te sluiten, zonder medische selectie, die qua voorwaarden zoveel mogelijk overeenkomt met de oude particuliere polis, hetgeen door verzekeraar wordt beoordeeld, en tegen de voor de oude polis geldende individuele particuliere premie.

## **11. TUSSENTIJDSE BEËINDIGING VAN DE VERZEKERING**

**11.1** De verzekering kan tussentijds worden beëindigd bij overgang naar de verplichte ziekenfondsverzekering of enige andere publiekrechtelijke regeling. De uitschrijving vindt plaats zodra verzekeraar door middel van het overleggen van een afschrift van het bewijs van inschrijving

(afgegeven door een ziekenfonds of publiekrechtelijke verzekeraar) mededeling heeft ontvangen van de inschrijving. Verzekerde is de premie verschuldigd tot de dag waarop verzekeraar een afschrift van het bewijs van inschrijving heeft ontvangen.

**11.2** Voor op de verzekering van de ouder(s) meeverzekerde kinderen vanaf 18 jaar gelden de volgende regels:

- studerende, ongehuwde kinderen kunnen tot 27 jaar meeverzekerd blijven tegen het daarvoor geldende premietarief, indien jaarlijks een school- c.q. studieverklaring wordt overgelegd;
- niet studerende kinderen kunnen tot 21 jaar meeverzekerd blijven tegen het daarvoor geldende premietarief. Indien een meeverzekerd kind van jonger dan 21 jaar in het huwelijk treedt, een geregistreerd partnerschap aangaat of met een partner duurzaam gaat samenwonen, kan het kind vanaf dat moment niet langer meeverzekerd blijven. Indien een kind niet langer kan worden meeverzekerd, kan deze zich direct aansluitend, zonder selectie, zelfstandig verzekeren op een afzonderlijke gelijksoortige polis (ter beoordeling van verzekeraar), tegen de premie behorende bij de leeftijd van het kind.

**11.3** De verzekering eindigt per de eerste dag van de maand waarin verzekerde de leeftijd van 65 jaar bereikt. Vervolgens zal verzekerde direct aansluitend de Standaardpakketpolis worden aangeboden tegen de op dat moment geldende voorwaarden en premies. Ingeval verzekerde na beëindiging van de verzekering direct aansluitend de Standaardpakketpolis via verzekeraar afsluit, kunnen de laatst geldende aanvullende (klasse) verzekeringen worden voortgezet tegen de op dat moment geldende voorwaarden en premies.

## **12. MELDINGSPLICHT MET BETREKKING TOT WIJZIGINGEN**

**12.1** Verzekeringnemer is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het gezin en iedere verandering die van invloed is op de rechten en plichten uit hoofde van de verzekeringsovereenkomst ten spoedigste, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan verzekeraar mede te delen.

Zodanige wijzigingen zijn ondermeer:

- het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enig andere publiekrechtelijke regeling;
- verhuizing;
- huwelijk, samenwoning en geregistreerd partnerschap;
- geboorte (zie artikel 3.1);
- overlijden;
- wijziging van (post)banknummer;
- het zich metterwoon buiten Nederland vestigen;
- verblijf van langer dan twee maanden aaneengesloten in het buitenland;
- beëindiging van een studie van een op de verzekering van de ouder(s) meeverzekerd studerend ongehuwd kind van 18 jaar of ouder.

**Bij het niet nakomen van de hiervoor vermelde verplichtingen kan geen aanspraak op vergoeding worden gemaakt.**

**12.2** Kennisgeving door verzekeraar aan verzekeringnemer geschiedt rechtsgeldig aan diens laatste haar bekende adres.

### **13. DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING**

**13.1** De verzekering wordt aangegaan voor de op het polisblad vermelde periode, met stilzwijgende verlenging voor gelijke termijnen, tenzij nadrukkelijk anders overeengekomen. Met inachtneming van het vorenstaande, wordt steeds 1 januari van enig jaar als contractvervaldatum aangehouden. Beëindiging van de verzekering of van de verzekerde pakketten door middel van opzegging dient tenminste drie maanden voor contractvervaldatum schriftelijk te geschieden.

Verzekerder heeft het recht de verzekering onmiddellijk eenzijdig te beëindigen:

**13.1.1** In geval van onjuiste opgave of verzwijging, als bedoeld in artikel 5.1;

**13.1.2** In geval van opschorting van de dekking, als bedoeld in de artikelen 10.2 en 10.4;

**13.1.3** Indien verzekeringnemer of verzekerde zich jegens verzekeraar schuldig maakt aan bedrog, het opzettelijk doen van onjuiste mededeling(en) en/of andere ernstige misdrijvingen. In die gevallen zal de verzekering eindigen op de dag, waarop het bedoelde feit heeft plaatsgevonden.

**13.2** De verzekering eindigt automatisch voor verzekerde op de dag dat deze zich metterwoon buiten Nederland vestigt. Zolang verzekeringnemer niet aan de verplichting van artikel 12.1 heeft voldaan, blijft verzekeringnemer verplicht tot premiebetaling, zonder evenwel enige aanspraak op vergoeding te kunnen maken.

**13.3** Verzekeringnemer heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voorzover gemaakt tijdens de periode gedurende welke deze verzekering van kracht is.

### **14. HERZIENING VAN VOORWAARDEN, PREMIES EN/OF EIGEN RISICO**

**14.1** Verzekeraar heeft het recht het Reglement, de Lijst van Verstrekkingen (hierna tezamen verzekeringsvoorwaarden te noemen) de premies en/of de eigen risico's en bloc danwel regionaal en bloc of groepsgewijs - op een door verzekeraar vast te stellen datum - te herzien. Bij een (procentuele) premieverhoging zal de verhoging worden berekend over de op dat moment van toepassing zijnde premie. Bij een procentuele verhoging van het eigen risico zal de verhoging worden berekend over het op dat moment van toepassing zijnde eigen risico.

**14.2** Ingeval de herziening de aanspraken voortvloeiend uit de verzekeringsovereenkomst beperkt en/of de premie en/of het eigen risico wordt verhoogd, dan heeft verzekeringnemer - met inachtneming van het gestelde in lid 14.3 en 14.4 - het recht de verzekeringsovereenkomst schriftelijk te beëindigen Indien voornoemde beperking van de aanspraken en/of premieverhoging en/of eigen risicoverhoging alleen betrekking heeft op een of meer aanvullende verzekeringen, dan kunnen alleen deze aanvullende verzekeringen - met inachtneming van het gestelde in lid 14.3 en 14.4 - schriftelijk worden beëindigd en niet de hoofdverzekering.

**14.3** Indien verzekeraar vóór de 31ste dag na de datum van de mededeling over de voorgenomen beperking van de aanspraken, premieverhoging en/of eigen risicoverhoging geen schriftelijk bericht van verzekeringnemer heeft ontvangen dat deze niet akkoord is met de herziening, wordt de verzekering voortgezet volgens het nieuwe Reglement, de Lijst van Verstrekkingen, de premie en/of het eigen risico.

**14.4** De bevoegdheid tot beëindiging van de verzekeringsovereenkomst bestaat niet in de navolgende gevallen:



- a. bij een herziening van de verzekeringsvoorwaarden, de premie en/of het eigen risico voortvloeiende uit wettelijke regelingen, wettelijke bepalingen en/of overheidsmaatregelen, waaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat;
- b. bij een herziening van de verzekeringsvoorwaarden, de premie en/of het eigen risico betrekking hebbende op het bereiken van een bepaalde leeftijdsgrens door verzekerde;
- c. een premiewijziging betrekking hebbende op een wijziging van de wettelijke bijdrage/wettelijke eigen risico en/of invoering c.q. wijziging van de nominale AWBZ-premie.

**14.5** Voor de dekking vanaf het bereiken van de 65-jarige leeftijd wordt verwezen naar artikel 11.3 van dit Reglement.

## **15. COLLECTIVITEIT**

**15.1** Indien op de verzekeringsovereenkomst collectieve verzekeringsvoorwaarden en/of collectieve premietarieven van toepassing zijn op basis van een tussen verzekeraar en een belangenbehartiger van verzekeringnemer afgesloten collectieve zorgverzekeringsovereenkomst (bijvoorbeeld werkgever, personeelsvertegenwoordiging, vereniging, stichting, branche-organisatie of andere belangenbehartiger die belangen verzekeringnemer vertegenwoordigt), dan zijn eventueel overeengekomen afwijkende bepalingen in de collectieve zorgverzekeringsovereenkomst bepalend ten opzichte van de inhoud van het Reglement en de Lijst van Verstrekkingen. Verzekeringnemer is zelf niet individueel partij bij de collectieve zorgverzekeringsovereenkomst.

**15.2** Indien de collectieve zorgverzekeringsovereenkomst door verzekeraar of de belangenbehartiger wordt beëindigd, dan eindigt per de beëindigingsdatum van de collectieve zorgverzekeringsovereenkomst eveneens de met verzekeringnemer afgesloten individuele verzekeringsovereenkomst. Een afzonderlijke individuele opzegging gericht aan verzekeringnemer is hiervoor niet vereist. Ingeval de belangenbehartiger bij een andere verzekeraar geen nieuwe collectieve zorgverzekeringsovereenkomst voor verzekeringnemer afsluit, kan verzekeringnemer een aanvraag indienen om zich op basis van medische selectie direct aansluitend bij verzekeraar te verzekeren op basis van een individuele particuliere ziektekostenverzekeringsovereenkomst. Deze verzekeringsovereenkomst zal qua dekkingsomvang zoveel mogelijk overeenkomen met de beëindigde verzekeringsovereenkomst, hetgeen door verzekeraar wordt beoordeeld, en tegen de op dat moment geldende premietarieven voor deze individuele particuliere ziektekostenverzekeringsovereenkomst.

De aanvraag van verzekeringnemer dient uiterlijk 31 dagen na beëindiging van de verzekeringsovereenkomst door verzekeraar te zijn ontvangen.

## **16. NIET VOORZIENE GEVALLEN**

In alle gevallen, waarin dit Reglement niet voorziet, beslist verzekeraar.

## **17. SLOTBEPALING**

**17.1** Iedere verzekerde die deelneemt aan de ziektekostenverzekering van verzekeraar is behalve aan de bepalingen van dit Reglement ook onderworpen aan de bepalingen van de Statuten.

**17.2** Dit Reglement treedt in werking per 1 januari 2003.

## **18. GESCHILLEN, KLACHTEN EN RECHTSKEUZE**

**18.1** Indien verzekerde zich niet met een beslissing van verzekeraar 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 verzekeraar, ter attentie van de afdeling Klacht & Beroep, Postbus 136, 6880 BH Velp. Verzekeraar 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 verzekeraar te zijn bevestigd. Het vorenstaande is eveneens van toepassing indien verzekerde klachten heeft over de totstandkoming en/of de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst door verzekeraar.

**18.2** Verzekerde kan, nadat door verzekeraar haar definitieve standpunt kenbaar is gemaakt of ingeval binnen een periode van zes weken na ontvangst van het geschil of de klacht verzekeraar 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.

**18.3** Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Geové zorgverzekeraar, locatie Velp  
Pres. Kennedylaan 108, 6883 AX Velp  
Postbus 136, 6880 BH Velp  
Telefoon (026) 369 69 69, Fax (026) 376 01 00  
service@geove.nl  
www.geove.nl

V250V012003



