

AANVULLENDE VERZEKERING AV PARTICULIER

Geschied door
POLISBANK



Verzekeringsvoorwaarden

ZORGGROEP
Geve RZG

Aanvullende Verzekering AV

Verzekeringsvoorwaarden, ingaande 1 januari 2000 voor particulier verzekerden

Inhoudsopgave

Artikel

- 1 Begripsomschrijvingen
- 2 Dekking
- 3 Uitsluitingen
- 4 Grondslag van de verzekering
- 5 Verplichtingen
- 6 Schade
- 7 Ingang, duur en einde van de verzekering
- 8 Premie
- 9 Herziening van premie en voorwaarden
- 10 Registratie van persoonsgegevens
- 11 Geschillen

1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

1.1 Verzekeraar: Onderlinge Waarborgmaatschappij RZG U.A.

1.2 Acupuncturist: een daartoe bevoegde zorgaanbieder, door verzekeraar als zodanig erkend.

1.3 Antroposofisch arts: een daartoe bevoegde zorgaanbieder, door verzekeraar als zodanig erkend.

1.4 Apotheker: een in Nederland gevestigde apotheker, wiens apotheek voor eenieder toegankelijk is.

1.5 Chiropractie: behandeling door een daartoe bevoegde zorgaanbieder, door verzekeraar als zodanig erkend.

1.6 Eigen bijdrage: de bijdrage, die naast de vergoeding krachtens de verzekering, door de verzekerde zelf verschuldigd is voor verstrekkingen zoals omschreven in artikel 2.

1.7 Fysiotherapie: hulp, geleverd door een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 108 van de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG) en voldoet aan door verzekeraar gestelde eisen.

1.8 Gezin: tot het gezin behoren:

- twee gehuwden dan wel twee personen die buiten echt duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijke huishouding hebben, waarbij de duurzaamheid van samenwoning ter uitsluitende beoordeling staat van de verzekeraar;
- ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 18 jaar. De ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen van 18 tot 27 jaar, mits voor die kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag of op buitengewone lastenafrek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge artikel 9 Uitvoeringsbeschikking Inkomstenbelasting 1990;

- een alleenstaande met een of meer kinderen zoals hierboven vermeld.

1.9 Homeopathisch arts: een daartoe bevoegde zorgaanbieder, door verzekeraar als zodanig erkend.

1.10 Klassiek homeopaat: een daartoe bevoegde zorgaanbieder, door verzekeraar als zodanig erkend.

1.11 Hoofdverzekering: de door de verzekeraar gevoerde verzekering in het kader van de WTZ en de particuliere ziektekostenverzekeringen welke niet zijn gedefinieerd als aanvullende verzekeringen door verzekeraar.

1.12 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 de verzekerde als op het spreekuur van de arts.

1.13 Hulp in natura: aanspraken waarbij door of namens de verzekeraar een dienst wordt verleend of verstrekkingen worden geleverd.

1.14 Machtiging: schriftelijke toestemming van de verzekeraar waaruit een recht op vergoeding voortvloeit terzake de verstrekkingen zoals vermeld in artikel 2 van deze verzekeringsvoorwaarden. Bij machtiging kunnen nadere voorwaarden worden gesteld met betrekking tot de vergoeding.

1.15 Manuele geneeskunde: behandeling door een daartoe bevoegde zorgaanbieder, door verzekeraar als zodanig erkend.

1.16 Medisch adviseur: de arts, die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

1.17 Medische noodzaak: de noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende, medisch-wetenschappelijke overwegingen.

1.18 Natuurgeneeswijzen: behandeling door een daartoe bevoegde zorgaanbieder, door verzekeraar als zodanig erkend.

1.19 Oefentherapie Cesar/Mensendieck: hulp, geleverd door een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar/Mensendieck, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

1.20 Orthodontist: een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor Dento-Maxillaire Orthopaedie van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheekunde.

1.21 Orthomoleculair arts: een daartoe bevoegde zorgaanbieder, door verzekeraar als zodanig erkend.

1.22 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.

1.23 Specialist: een in Nederland gevestigde arts die voor het door hem uitgeoefend specialisme staat ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse 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.

1.24 Tandarts: een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

1.25 Tandprotheticus: een in Nederland gevestigd en gediplomeerde tandprotheticus, door verzekeraar als zodanig erkend.

1.26 Verzekerde: eenieder die als zodanig op het Bewijs van Inschrijving is vermeld.

1.27 Verzekeringnemer: degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

1.28 Verzekeringsduur: de termijn waarbinnen een verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

1.29 Ziekenfonds: een rechtspersoon overeenkomstig artikel 34 van de Ziekenfondswet.

1.30 Ziekenhuis: een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis door de bevoegde overheidsinstantie is erkend, alsmede het Nederlands Astmacentrum te Davos.

2. DEKKING

De aanvullende verzekering is aanvullend op de hoofdverzekeringen van de verzekeraar. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding, zal uit worden gegaan van het bestaan van een hoofdverzekering bij verzekeraar, ook indien een hoofdverzekering niet bestaat of elders is gesloten.

Zorg die vanuit de AV wordt vergoed, moet in Nederland worden verstrekt, met uitzondering van het bepaalde in artikel 2.7.

De aanvullende verzekering omvat de volgende verstrekkingen:

2.1 Camouflagetherapie: Een bijdrage van 75% in de kosten van de lessen en de te gebruiken materialen. De vergoeding zal alleen worden verleend indien de behandeling geschiedt door een door de verzekeraar erkende deskundige en vooraf machtiging werd verleend.

2.2 Elektrisch epilieren van het gelaat: In bijzondere gevallen, ter beoordeling van verzekeraar, een vergoeding van 50% van de kosten. De vergoeding zal alleen worden verleend indien de behandeling geschiedt door een door de verzekeraar erkende deskundige en vooraf machtiging werd verleend.

2.3 Enuresis (plas)wekker: Een bijdrage van 75% in de kosten van de huur van het apparaat, gedurende ten hoogste twee maanden. De vergoeding zal plaatsvinden na machtiging vooraf.

2.4 Verblijfskosten stottertherapie: Indien voor rekening van een hoofdverzekering van de verzekeraar vergoeding wordt verleend voor de kosten van de stottertherapie volgens de Doetinchemse methode, worden de verblijfskosten voor 75% vergoed.

2.5 Tandheelkundige hulp: De verzekerde heeft recht op onderstaande verstrekkingen, inclusief techniekkosten, indien en voor zover hiertoe een tandheelkundige noodzaak bestaat en de hulp wordt verleend door een tandarts:

Verstrekking	Vergoeding
R20 Gegoten metalen kroon	f 250,-
R25 Gegoten metalen kroon met opgebakken porselein of met kunstharsvenster	f 250,-
R27 Jacketkroon zonder schouderpreparatie	f 250,-
R26 Jacketkroon met schouderpreparatie	f 250,-
R08 1-vlaks inlay composiet	f 250,-
R11 1-vlaks inlay	f 250,-
R09 2-vlaks inlay composiet	f 270,-
R12 2-vlaks inlay	f 270,-
R10 3-vlaks inlay composiet	f 345,-
R13 3-vlaks inlay	f 345,-
R40 Eerste dummy	f 250,-
R45 Volgende dummy	f 250,-
R60 Etsbrug zonder preparatie	f 250,-
R61 Etsbrug met preparatie	f 250,-
R78 Labiale veneering zonder preparatie	f 75,-
R79 Labiale veneering met preparatie	f 75,-

Per kalenderjaar wordt per verzekerde voor de hiervoor genoemde behandelingen maximaal f 500,- vergoed.

P10 Partiële prothese 1-4 elementen, exclusief techniekkosten	f 55,-
P15 Partiële prothese 5-13 elementen, exclusief techniekkosten	f 80,-
P34 Frame prothese 1-4 elementen	f 255,-
P35 Frame prothese 5-13 elementen	f 280,-
P51 Rebasen, indirect zonder randopbouw	f 30,-
P52 Rebasen, indirect met randopbouw	f 30,-
P53 Rebasen, direct zonder randopbouw	f 30,-
P54 Rebasen, direct met randopbouw	f 30,-

Indien het rebasen zowel onder als boven plaatsvindt, verdubbelt de vergoeding. Alleen verzekerden vanaf 18 jaar met een regelmatig onderhouden en door de tandarts gecontroleerd gebit, kunnen voor deze vergoedingen in aanmerking komen.

2.5.1 Orthodontische hulp: Indien twee of meer kinderen jonger dan 18 jaar, uit één gezin in enige kalendermaand kaakorthopedische hulp ontvangen wordt f 30,- voor het tweede en volgende onder behandeling zijnde kind vergoed.

Indien sprake is van een hoofdverzekering die een vergoeding biedt voor orthodontie, zal de

hiergenoemde vergoeding uitsluitend dienen als aanvulling tot aan de werkelijk gemaakte kosten.

2.6 Lymfedrainage: Vergoeding van 100% per behandeling. De vergoeding zal alleen worden verleend indien de behandeling geschiedt door een door de verzekeraar erkende deskundige en vooraf machtiging werd verleend.

2.7 Buitenland:

2.7.1 De verzekerde kan aanspraak maken op:

2.7.1.a Volledige vergoeding van kosten voor spoedeisende geneeskundige hulp, niet zijnde tandheelkundige hulp, tijdens tijdelijk verblijf voor maximaal 12 achtereenvolgende maanden in het buitenland op basis van kostprijs (verzekerde klasse).

2.7.1.b Volledige dekking van repatriëringskosten op basis van kostprijs. Onder repatriëringskosten worden verstaan de kosten van bijzonder vervoer van zieken of gewonden vanuit het buitenland naar Nederland. Het bijzondere vervoer dient medisch noodzakelijk te zijn. Deze kosten dienen in directe relatie te staan met de ziekte of het ongeval. Tevens worden de kosten van terugkeer naar Nederland van medeverzekerde reisgenoten vergoed, op voorwaarde dat er sprake is van repatriëring van een verzekerde krachtens de buitenlanddekking.

2.7.1.c De kosten van vervoer op basis van kostprijs, van een stoffelijk overschot van de plaats van overlijden, zowel binnen als buiten Europa, naar Nederland.

2.7.1.d De kosten van hulpverlening uitgevoerd door de ANWB Alarmcentrale in verband met vervoer, medische begeleiding, toezending van medicijnen en/of kunst- en hulpmiddelen, worden volledig vergoed op basis van kostprijs.

2.7.2 Voorwaarden voor de buitenlanddekking:

- a. De hulpverlening dient een spoedeisend karakter te hebben en kan niet worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland.
- b. De hulpverlening mag niet het gevolg zijn van de vooropgezette bedoeling om een behandeling te ondergaan.
- c. Bij vertrek naar het buitenland was behandeling niet te voorzien.
- d. De hulpverlening is door of na goedkeuring van de ANWB Alarmcentrale, ten deze handelend namens verzekeraar, tot stand gekomen. Deze goedkeuring is niet vereist voor huisartshulp, apothekershulp en, voor zover onder de dekking vallend, tandheelkundige hulp.
- e. De verzekerde of een namens hem handelende derde heeft zo spoedig mogelijk nadat de behoefte aan hulp is geconstateerd, de ANWB Alarmcentrale ingeschakeld.
- f. De vergoeding van kosten vallend onder de buitenlanddekking vindt uitsluitend plaats tegen inlevering van de originele en gespecificeerde nota's. Op verzoek van de verzekeraar dienen betalingsbewijzen te worden overhandigd. Indien hier niet aan wordt voldaan, kan de verzekeraar weigeren tot betaling over te gaan.
- g. Reddingskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

2.7.3 Om voor uitkering in aanmerking te komen, moet de verzekerde op verzoek van de verzekeraar een verklaring overleggen van de behandelend arts ten behoeve van de

medisch adviseur, waaruit blijkt, dat en waarom de opname en/of behandeling medisch noodzakelijk en spoedeisend werd geacht.

2.7.4 De vergoeding van de verzekerde kosten geschiedt in Nederland in Nederlands wettig betaalmiddel, met inachtneming van de omrekenkoers op de dag van het vaststellen van de uitkering.

2.8 Vergoeding voor kosten alternatieve geneeswijzen:

2.8.1 Voor de kosten van één van de volgende vormen van verleende alternatieve hulp wordt een vergoeding verleend volgens het bepaalde in artikel 2.8.3:

2.8.1.1 Onderzoek of behandeling door:

- a. een arts-acupuncturist;
- b. een arts die praktiseert als homeopathisch arts;
- c. een arts die praktiseert als natuurarts;
- d. een arts die praktiseert als manueel geneeskundige;
- e. een chiropractor;
- f. een arts die praktiseert als antroposofisch arts;
- g. een arts die praktiseert als orthomoleculair arts;
- h. een acupuncturist;
- i. een klassiek homeopaat.

2.8.1.2 Antroposofische therapieën, na schriftelijke verwijzing door een antroposofisch arts en verleend door een daartoe bevoegde zorgaanbieder, door verzekeraar als zodanig erkend:

- a. Kunstzinnige therapie muziek;
- b. Kunstzinnige therapie spraak;
- c. Kunstzinnige therapie beeldend;
- d. Eurythmie therapie;
- e. Uitwendige therapie;
- f. Dieet therapie;
- g. Zuigelingen- en kleuterzorg, vergoeding van consultatiebureau consulten.

2.8.2 Onder de vergoedingsregeling vallen eveneens geneesmiddelen en voedingssupplementen welke op voorschrift van een arts als bedoeld in 2.8.1.1 worden betrokken van een apotheker of apotheekhoudende huisarts.

2.8.3 De vergoeding bedraagt 75% van de kosten met een maximumbedrag van f 40,- per consult/behandeling en voor de geneesmiddelen en voedingssupplementen als bedoeld in 2.8.2 eveneens 75% van de kosten.
Per kalenderjaar wordt per verzekerde maximaal f 200,- uit deze verzekering vergoed.
Voor reiskosten wordt geen vergoeding verleend.

2.8.4 In afwijking van de voorgaande bepalingen worden de homeopathische en antroposofische geneesmiddelen voor 100% vergoed, met een maximum van f 250,- per kalenderjaar, wanneer deze middelen:

- door een bevoegd arts zijn voorgeschreven en van een apotheker of apotheekhoudende huisarts worden betrokken en
- 100% homeopathisch dan wel antroposofisch zijn samengesteld en
- worden gefabriceerd door een fabrikant die, krachtens de Wet op de Geneesmiddelen-

voorziening, vergunning is verleend tot het bereiden van homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen.

2.9 Rolstoelvervoer: Indien de verzekerde voor rolstoelvervoer een eigen bijdrage verschuldigd is, wordt per kalenderjaar een vergoeding verleend van maximaal deze eigen bijdrage.

2.10 Stottertherapie: Een vergoeding wordt verleend voor stottertherapie volgens de methode Del Ferro of Hausdörfer tot een bedrag van ten hoogste f 750,- voor de gehele verzekeringsduur. De reiskosten worden vergoed op basis van het tarief van het openbaar vervoer.

Het recht op vergoeding bestaat alleen na machtiging vooraf en nadat reguliere logopedische hulp aantoonbaar onvoldoende effect heeft gehad.

2.11 Sport Medisch Adviescentrum: Vergoeding van SMA-consult inzake sportblessure met een maximum van twee consulten per kalenderjaar.

De vergoeding voor het eerste consult bedraagt maximaal f 60,- en voor het tweede consult maximaal f 35,-.

2.12 Balneo-fototherapie: Vergoeding van psoriasisbehandelingen op verwijzing van de huisarts of dermatoloog. De verzekeraar bepaalt of de verzekerde voor behandeling in aanmerking komt.

Het maximum aantal te vergoeden behandelingen is 60 per kalenderjaar. De verzekerde is per behandeling een eigen bijdrage verschuldigd van f 5,-.

Voor vergoeding van een eerste consult zonder dat verdere behandeling volgt is de verzekerde geen eigen bijdrage verschuldigd.

De reiskosten worden vergoed op basis van het tarief voor het openbaar vervoer.

2.13 Thuisbehandeling met ultraviolet licht (UVB): Na machtiging door verzekeraar en op verwijzing van een dermatoloog worden de kosten verbonden aan UVB thuisbehandeling in verband met Psoriasis, eczeem en PMLE vergoed.

2.14 Reumakuurreis: Vergoeding van deelname aan een, in opdracht van de verzekeraar georganiseerde, reumakuurreis. Verzekeraar stelt jaarlijks het aantal deelnemers vast. Voor deelname komen in aanmerking verzekerden met reumatoïde artritis of M. Bechterew. Bij deelname is de verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd.

2.15 Hydrotherapie: Een tegemoetkoming in de kosten van hydrotherapie, zoals georganiseerd door de Reumapatiëntenvereniging of de Nationale vereniging voor fibromyalgiepatiënten tot een bedrag van f 240,- per kalenderjaar.

2.16 Vakantiekamp: Een tegemoetkoming van f 11,- per dag gedurende maximaal twee weken per kalenderjaar, in de kosten van deelname door een thuisverblijvende zieke of gehandicapte verzekerde aan een vakantiekamp, georganiseerd door een instelling, niet zijnde een instelling in de zin van de Ziekenfondswet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

2.17 Juridische hulp in natura bij ongevallen: Voor het verhalen van niet-medische kosten, voortvloeiend uit een ongeval veroorzaakt door een (eventueel aansprakelijke) derde, heeft de verzekerde recht op juridische hulp in natura, verstrekt door de verzekeraar. De advocaat van de verzekeraar bepaalt of een verhaalsprocedure zinvol is. De verzekeraar bepaalt of de

hulp in natura verstrekt zal worden. Voor de hierbedoelde juridische hulp in natura is geen eigen bijdrage verschuldigd; evenmin telt de juridische hulp in natura mee terzake een eventueel eigen risico.

2.18 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck: terzake fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck geldt dat, aanvullend op de vergoedingsregeling van de hoofdverzekering, recht bestaat op vergoeding van maximaal 6 behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck, na machtiging door de verzekeraar. Eventuele kosten van vervoer worden niet vergoed.

2.19 Second opinion: Op verzoek door of namens de verzekerde en na toestemming door verzekeraar, worden de kosten van een second opinion door een andere specialist dan de behandelend specialist vergoed.

3. UITSLUITINGEN

Geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt:

3.1 Indien - zo de in deze voorwaarden bedoelde verzekering niet bestond - aanspraak zou kunnen worden gemaakt op vergoeding van schade respectievelijk kosten op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum. Deze verzekering is eerst in de laatste plaats geldig;

3.2 voor verpleging, onderzoek, behandeling of geneesmiddelen waarvoor geen medische noodzaak bestaat;

3.3 voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij. 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 te 's-Gravenhage zijn gedeponneerd;

3.4 voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.

3.4.1 de uitsluiting onder 3.4 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).

3.4.2 Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 3.4.1 geen toepassing.

4. GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

4.1 Tot de aanvullende verzekering kunnen toetreden degenen die krachtens een hoofdverzekering zijn of worden verzekerd bij de verzekeraar.

4.2 Het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier alsmede schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk verstrekt, vormen met de bij een eventuele keuring door verzekerde

verstrekke gegevens de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daar deel van uit.

Verzwijging, onvolledige en onjuiste beantwoording van door of namens de verzekeraar gestelde vragen kan voor de verzekeraar aanleiding zijn de vernietiging, geheel of gedeeltelijk, van de verzekeringsovereenkomst in te roepen.

4.3 De verzekering wordt onder dezelfde condities aangegaan en gehandhaafd voor alle leden van het gezin voor zover niet anders overeengekomen.

5. VERPLICHTINGEN

5.1 Verplichtingen bij wijzigingen: De verzekerde is verplicht binnen twee maanden aan verzekeraar schriftelijk mededeling te doen van iedere wijziging in de omstandigheden in het gezin die voor de verzekering van belang kan zijn, zoals huwelijk, geboorte, overlijden, adreswijziging en dergelijke; aan verzekeraar tijdig alle inlichtingen te verschaffen, die in verband met de verzekering door verzekeraar noodzakelijk worden geacht.

De verzekerde moet erop toezien dat op de polis de noodzakelijke wijzigingen worden aangebracht.

Alle gevolgen voortvloeiende uit het niet of niet tijdig nakomen van deze verplichtingen zijn voor risico van de verzekerde. Mededelingen, door verzekeraar verzonden aan het laatst bekende adres van de verzekerde, worden geacht de verzekerde te hebben bereikt.

5.2. Verplichtingen bij uitkering rechtstreeks aan de zorgaanbieder: Indien de verzekeraar rechtstreeks de (volledige) kosten vergoedt aan de zorgaanbieder, zulks met inbegrip van (een deel van) het eigen risico of (een deel van) een eigen bijdrage, is de verzekeringnemer verplicht dit door hem verschuldigde bedrag op eerste verzoek aan de verzekeraar te voldoen, binnen de daarvoor gestelde termijn.

5.3 Gevolgen van niet voldoen aan de verplichtingen: De verzekeringnemer en verzekerde zijn verplicht alles te laten en niets te doen waardoor de belangen van de verzekeraar geschaad kunnen worden.

Indien de in deze voorwaarden genoemde verplichtingen niet zijn nagekomen en daardoor de belangen van de verzekeraar zijn geschaad, vervalt elk recht op vergoeding.

6. SCHADE

6.1 De verzekerde is verplicht de originele nota's, die op zodanige wijze gespecificeerd dienen te zijn dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden, binnen 24 maanden na de datum waarop de behandeling heeft plaatsgevonden, bij de verzekeraar in te dienen. Computernota's dienen door de zorgaanbieder gewaarmerkt te zijn.

6.2 Rekeningen die niet binnen 24 maanden na de datum waarop de behandeling heeft plaatsgevonden bij de verzekeraar zijn ingediend, komen niet meer voor uitkering in aanmerking.

6.3 Binnen een maand na de vaststelling van de uitkering, zal verzekeraar het verschuldigde bedrag betalen.

Als de verzekerde niet binnen een maand na de datum van betaling tegen de uitkering

bezwaar maakt, wordt aangenomen, dat deze met de uitkering onvoorwaardelijk akkoord gaat.

6.4 Indien en voor zover de verzekeraar meer vergoedt dan de officieel goedgekeurde tarieven, wordt de verzekerde geacht de verzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de verzekeraar, van het door de verzekerde teveel betaalde.

6.5 Indien betalingen aan anderen dan de verzekerden worden gedaan is de verzekeraar rechtsgeldig gekwet.

6.6 Indien verzekeraar met inachtneming van het gestelde in dit artikel tot betaling namens de verzekerde overgaat, draagt verzekeraar geen aansprakelijkheid uit hoofde van de betalingsverplichtingen die de verzekerde heeft ten aanzien van de betrokken zorgverlener.

6.7 Ingeval door de verzekeraar rechtstreeks de (volledige) kosten zijn vergoed aan een zorgaanbieder of hulpverlenende instelling terwijl op dat onderdeel van de risicodekking (nog) een eigen bijdrage of een eigen risico van toepassing is, zal de verzekeraar aan verzekerde het verschuldigde bedrag in rekening brengen.
De verzekerde dient het verschuldigde bedrag op eerste verzoek te voldoen.

6.8 De uitkeringen bedragen nooit meer dan de werkelijk gemaakte kosten.

6.9 Bij wijziging van de verzekeringsvoorwaarden is een daarmee samenhangende wijziging in een recht op uitkering uitsluitend van toepassing op na de datum van ingang van die wijziging verrichte behandeling.

6.10 Vergoedingen die worden geclaimd op basis van mondelinge of telefonische toezegging en verder gaan dan de reikwijdte van de verzekeringsvoorwaarden worden alleen dan vergoed indien verzekeraar dit schriftelijk heeft bevestigd aan de verzekerde.

6.11 Aansprakelijkheid van derden:

6.11.1 De verzekerde is verplicht de verzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een mogelijk aansprakelijke derde. Indien sprake is van ziekte, ongeval of letsel waarbij een mogelijk aansprakelijke derde is betrokken, dient de verzekerde hiervan onmiddellijk aangifte te doen bij de politie, alsmede de verzekeraar onmiddellijk te informeren.

6.11.2 In geen geval mag zonder schriftelijke machtiging van verzekeraar met die derde of diens gemachtigde, daaronder begrepen diens verzekeringsmaatschappij, enigerlei regeling worden getroffen, waardoor de verzekeraar in haar belangen kan worden geschaad.

7. INGANG, DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

7.1 Ingang en duur van de verzekering:

7.1.1 Bij aanvaarding van de kandidaat-verzekerde en indien de aanvullende verzekering wordt aangevraagd samen met de hoofdverzekering zal de aanvullende verzekering ingaan op dezelfde dag als de hoofdverzekering.

7.1.2 Bij aanvaarding van de kandidaat-verzekerde en indien de aanvullende verzekering wordt aangevraagd en de verzekerde zich verplicht heeft per de eerstvolgende datum

waarop dat mogelijk is, zulks ter beoordeling van de verzekeraar, een hoofdverzekering te sluiten bij de verzekeraar, zal de aanvullende verzekering ingaan op de dag waarop de aanvraag voor de aanvullende verzekering is binnengekomen bij de verzekeraar.

7.1.3 Bij aanvaarding van de kandidaat-verzekerde en indien de aanvullende verzekering wordt aangevraagd nadat de hoofdverzekering is ingegaan, zal de aanvullende verzekering op de eerste van de maand, volgend op de maand waarin de aanmelding bij de verzekeraar is binnengekomen, ingaan. Er geldt een wachttijd van 4 maanden alvorens het recht op vergoeding aanvangt.

7.1.4 De verzekering wordt aangegaan voor onbepaalde tijd, met dien verstande dat zij ten minste voor de duur van twee kalenderjaren moet worden aangegaan. Verzekeringen aangevangen in de loop van een kalenderjaar worden ten minste voor de duur van dat jaar en van de daarop volgende twee kalenderjaren aangegaan.

7.2. Einde van de verzekering:

7.2.1 De verzekerde kan door opzegging zijn verzekering beëindigen op 1 januari van het jaar volgende op het jaar, waarin de opzegging plaats heeft, mits de verzekering op dat tijdstip tenminste twee kalenderjaren heeft geduurd en de opzegging geschiedt voor 1 oktober, behoudens het bepaalde in artikel 9.5 van deze verzekeringsvoorwaarden. De opzegging dient per aangetekend schrijven te geschieden.

7.2.2 Verzekeraar kan de verzekering niet beëindigen door opzegging, tenzij de beëindiging geschiedt op grond van artikel 4.2 of artikel 8.7 van deze verzekeringsvoorwaarden.

7.2.3 De verzekering eindigt op hetzelfde moment als de hoofdverzekering.

7.2.4 Vanaf de datum van beëindiging der verzekering vervalt elke aanspraak op vergoeding.

7.2.5 Een wijziging van de verzekering op verzoek van de verzekeringnemer is slechts mogelijk per 1 januari van het jaar volgend op het jaar waarin het verzoek daartoe, door middel van een door verzekeringnemer ingevuld en ondertekend aanmeldingsformulier is ingediend en nadat verzekeraar de wijziging heeft goedgekeurd. Bij wijziging wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

7.2.6 Indien de verzekering binnen 12 maanden na beëindiging wordt hervat wordt de verzekering geacht niet te zijn onderbroken.

7.2.7 Indien deze verzekering wordt aangegaan aansluitend op de aanvullende verzekering AV-ziekenfonds, of een daarmee vergelijkbare (collectieve) verzekering van verzekeraar, blijven de bestaande rechten en plichten uit deze verzekering onverkort van kracht. De verzekeringsduur wordt geacht niet te zijn onderbroken door de overgang van ziekenfonds-verzekering naar particuliere ziektekostenverzekering.

8. PREMIEBETALING

8.1 De verzekeringnemer is de premie bij vooruitbetaling verschuldigd voor de op de polis verzekerde gezinsleden, met uitzondering van de gezinsleden die de leeftijd van 16 jaar nog niet bereikt hebben.

8.2 Bij het aangaan van de verzekering is voor de lopende kalendermaand geen premie

verschuldigd. Bij beëindiging van de verzekering is voor de lopende kalendermaand de volledige premie verschuldigd.

8.3 De premie wordt door de verzekeraar vastgesteld en op een door de verzekeraar te bepalen wijze ter kennis gebracht aan de verzekeringnemer.

8.4 Het niet incasseren van de premie door de verzekeraar ontslaat de verzekeringnemer niet van de verplichting tot tijdige premiebetaling.

8.5 Bij niet-betaling van de premie binnen een maand na de vervaldag, vervalt het recht op uitkering, waarbij de verplichting tot premiebetaling onverminderd blijft bestaan.

8.6 Het verval van recht op uitkering wordt geacht te zijn ingegaan op de eerste dag van het tijdvak waarover de achterstallige premie verschuldigd was. Als de achterstallige premie alsnog door de verzekeraar wordt aanvaard, gaat het recht op uitkering weer in op de dag volgende op die, waarop deze premie ten kantore van de verzekeraar is voldaan.

De verzekeraar kan aan het bedoelde herstel van het recht op uitkering de voorwaarde verbinden, dat de premie over de periode tot aan de eerste opzeggemogelijkheid, in één keer op voorhand betaald dient te worden.

8.7 Indien het recht op uitkering om bovengenoemde reden is vervallen, is de verzekeraar bevoegd de verzekering op een door hem te bepalen tijdstip te beëindigen, waarbij de verplichting tot premiebetaling onverminderd blijft bestaan.

8.8 Indien de verzekeraar overgaat tot invordering van de verschuldigde premie, zijn alle daaronder vallende kosten, zowel in als buiten rechte, voor rekening van degene die de premie is verschuldigd.

9. HERZIENING VAN PREMIE EN VOORWAARDEN

9.1 Verzekeraar houdt zich het recht voor om en bloc of groepsgewijs:

- a. de verzekeringsvoorwaarden te allen tijde te wijzigen;
- b. de premies te verhogen zodra zij van oordeel is, dat de uitgaven zodanig zijn gestegen of zullen stijgen, dat deze niet door de geldende premies worden of zullen worden gedekt.

9.2 De gewijzigde verzekeringsvoorwaarden en de verhoogde premies zijn ook van toepassing op de reeds gesloten verzekeringen.

9.3 De bedoelde wijzigingen laten de rechten en verplichtingen die zijn ontstaan voor de datum van ingang van de wijzigingen onverlet en kunnen noch tot meer noch tot minder rechten en verplichtingen leiden dan die bestonden tot aan het moment van de wijzigingen.

9.4 De verzekeraar zal voor de datum van ingang van de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden of van de premieverhoging de wijzigingen aan de verzekerde meedelen.

9.5 De verzekerde, die zich met de gewijzigde verzekeringsvoorwaarden of de verhoogde premie niet kan verenigen, kan per de ingangsdatum daarvan de verzekering beëindigen. De verzekerde moet hiervan bij aangetekend schrijven mededeling doen aan de verzekeraar. Dit schrijven moet zijn ontvangen:

- a. voor bedoelde ingangsdatum, indien toezending als bedoeld in artikel 9.4 ten minste een maand voor de datum van ingang is geschied;

b. binnen een maand na bedoelde ingangsdatum, indien toezending als bedoeld in artikel 9.4, minder dan een maand voor de datum van ingang is geschied.

9.6 Indien de wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden en/of premies voortvloeien uit door de Overheid dwingend opgelegde regelgeving is het bepaalde in artikel 9.5 niet van toepassing.

9.7 Het bepaalde in artikel 9.5 is niet van toepassing indien de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden een verruiming dan wel een verbetering van de voorwaarden inhoudt.

9.8 Indien er in de loop van de overeenkomst wijzigingen optreden in UPT-coderingen, dan leiden deze niet tot beperking of uitbreiding van aanspraken op vergoedingen van de verzekerde, zoals die golden voordat de wijzigingen zich hebben voorgedaan.

10. REGISTRATIE VAN PERSOONSGEGEVENS

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door de verzekeraar gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacy-reglement van toepassing, hetgeen ter inzage ligt bij de verzekeraar. Het reglement van de verzekeraar kan tegen kostprijs worden besteld bij de verzekeraar.

11. GESCHILLEN

11.1 Beslissing directie: Indien de verzekerde zich niet met een beslissing van de verzekeraar kan verenigen, dient hij, alvorens een arbitrale procedure aan te spannen, op straffe van verval van zijn rechten, de volgende regels in acht te nemen.

Binnen een maand nadat die beslissing hem is meegedeeld zal hij de kwestie voorleggen aan de directie van de verzekeraar. De directie dient binnen een maand nadat zij van de kwestie op de hoogte is gesteld, daaromtrent te beslissen; bij gebreke van een beslissing binnen de gestelde termijn wordt de oorspronkelijke beslissing geacht door de directie te zijn bevestigd.

11.2 Geschillen voortkomend uit deze overeenkomst worden met uitsluiting van de gewone rechter beslist door een commissie van 3 arbiters. Elk van de partijen benoemt een arbiter, beide arbiters tezamen benoemen de derde arbiter die tevens voorzitter zal zijn. Indien de arbiters het niet eens worden over de benoeming van de derde arbiter zal diens benoeming geschieden op verzoek van de meest gereede partij door de Rechtbank te Groningen. De arbitragecommissie wordt bijgestaan door een secretaris-jurist die geen stemrecht heeft. De kosten van arbitrage zijn voor rekening van de in het ongelijk gestelde partij, tenzij de commissie van arbiters anders beslist. De verzekerde moet bij zijn verzoek om arbitrage een bedrag van f 150,- als waarborgsom storten bij de verzekeraar. De commissie van arbiters stelt zelf de procesgang vast, en kan, alvorens de zaak ten principale in behandeling te nemen, van partijen de ondertekening van een akte van compromis verlangen. Een geschil wordt geacht te bestaan als tenminste één van de partijen van oordeel is dat er een geschil is.

11.3 Gewone rechter: Niettegenstaande het hierboven in artikel 11.2 bepaalde, is de verzekeraar bevoegd de door de verzekeringnemer verschuldigde premie, met inbegrip van daartoe betrekkelijke rente en kosten, via de gewone burgerlijke rechter in te vorderen.

11.4 Termijn voor arbitrage: Indien verzekerde inschakeling van de commissie van arbiters wenst, dient hij zulks, op straffe van verval van rechten, binnen een maand na dagtekening van de voor arbitrage vatbare beslissing bij aangetekend schrijven aan de verzekeraar mee te delen; een verzoek als hier bedoeld wordt geacht te zijn gedaan op de dag van verzending van dat aangetekend schrijven.

11.5 Nederlands recht: Behoudens hetgeen bepaald is in de voorgaande leden van dit artikel is op deze verzekeringsvoorwaarden Nederlands recht van toepassing.

11.6 Ombudsman Zorgverzekeringen: Naast de geschillenregeling zoals opgenomen in deze verzekering, kunnen klachten, nadat zij ter kennisneming zijn gebracht van de directie, en deze haar definitieve standpunt kenbaar heeft gemaakt, dan wel binnen een periode van een maand na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, worden voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.

11.7 Slotbepaling: In de gevallen waarin deze voorwaarden niet voorzien, beslist de verzekeraar.