

SPIRITPOLIS



Verzekeringsvoorwaarden

ZORGVERZEKERAAR

Geove RZG

Spiritpolis

Verzekeringsvoorwaarden, ingaande 1 januari 2002

Inhoudsopgave

Artikel

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

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) 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 erfelijkheidsadvisering.

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 artikel 2 genoemde verstrekkingen.

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 Familied 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 Geneesmiddelen voorziening 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 Geregistreeerde 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 dan wel twee personen die buiten echt duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijke huishouding hebben, waarbij de duurzaamheid van samenwoning ter uitsluitende beoordeling staat van verzekeraar; de 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 Uitvoeringsregeling Inkomstenbelasting 1990;
- een alleenstaande met een 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, die 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 Homeopatische Artsen in Nederland (VHAN), Nederlandse Vereniging van Klassieke Homeopathen (NVKH) 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 RZG 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 Uniforme Regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland 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 natuurgeneeskundige 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) aangewezen 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 zogenoemde 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), Nederlandse Associatie van Gediplomeerde Osteopaten (NAGO) 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 als zodanig is opgeleid en erkend door 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, voor zover aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Podotherapie of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

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 revalidatie-technische 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 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.

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

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

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

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

1.66 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.

1.67 Verloskundige: Een in Nederland gevestigde verloskundige, die als zodanig geregis-
treerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

1.68 Verzekeraar: Onderlinge Waarborgmaatschappij Geové RZG U.A.

1.69 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 verze-
kerde per kalenderjaar.

1.70 Verzekeringnemer: Degene die de verzekeringsovereenkomst met verzekeraar is
aangegaan.

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

1.72 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.

1.73 Wet BIG: Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

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

1.75 Ziekenfonds: Een rechtspersoon overeenkomstig artikel 34 van de Ziekenfondswet.

1.76 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.

1.77 Zorgmakelaar: De Zorgmakelaar van verzekeraar.

1.78 Zorgverzekeraars Nederland (ZN): Overkoepelende vereniging van particuliere
ziektkostenverzekeraars en ziekenfondsen in Nederland.

2. DEKKING

2.1 Omvang van de dekking: Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt verzekeraar de kosten van de in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen en (mee)verzekerde medische behandelingen en verstrekkingen, onder aftrek van een eventueel van toepassing zijnd eigen risico, conform de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen op basis van het door of namens verzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Verzekeraar bepaalt of er sprake is van medische noodzaak. Indien geen tarief is overeengekomen vergoedt verzekeraar genoemde kosten op basis van maximaal door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) voor de betreffende praktijk of instelling goedgekeurde tarieven.

Voor medische behandelingen in door verzekeraar gecontracteerde instellingen in het buitenland die na bemiddeling van de Zorgmakelaar plaatsvinden gelden de voorwaarden als zou de behandeling in Nederland plaatsvinden.

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

Machtiging

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

2.1.1 Ziekenhuisopname*:

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

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

2.1.2 Revalidatie*:

Vergoed worden de kosten van revalidatie. Hierop bestaat slechts aanspraak indien:

- deze zorg voor verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat en,
- verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen redelijkerwijs mogelijk is.

Revalidatie kan plaatsvinden:

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

De aanvraag voor machtiging dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Dit behandelplan dient tenminste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

2.1.3 Nierdialyse*:

De kosten voor nierdialyse, zowel in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) als bij verzekerde thuis. Bij thuisdialyse vindt ook vergoeding plaats van bepaalde niet-medische kosten overeenkomstig de richtlijnen die door Zorgverzekeraars Nederland zijn vastgesteld.

2.1.4 Organtransplantaties*:

De kosten van transplantatie van de volgende donororganen: huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart, long, hart-long, nier-pancreas en lever (orthotoop), alsmede de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). De kosten van transplantaties van andere organen worden niet vergoed.

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

Geen uitkering wordt gedaan indien verzekerde een orgaan laat verwijderen in verband met transplantatie bij iemand, die niet bij verzekeraar is verzekerd.

2.1.5 Chronisch intermitterende beademing*:

De kosten verband houdend met mechanische beademing op voorschrift van een specialist in een daartoe toegelaten beademingscentrum of de kosten in verband met de door dat beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van verzekerde.

2.1.6 Trombosedienst:

de kosten van hulp door de trombosedienst op voorschrift van een specialist.

2.1.7 Leukemie bij kinderen:

De kosten voor de centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen.

2.1.8 Fertiliteitsbevorderende behandeling*:

de kosten van operatieve ingrepen, hormoonbehandeling en kunstmatige inseminatie worden vergoed. Daarnaast wordt een tegemoetkoming in de kosten gegeven voor een In Vitro Fertilisatie (IVF) behandeling in een vergunninghoudend ziekenhuis. Gedurende de gehele verzekeringsduur worden maximaal 3 IVF behandelingen vergoed. Per IVF behandeling geldt een eigen bijdrage van € 363,02.

2.1.9 Niet-klinische (poliklinische) specialistische behandeling:

- het honorarium van een specialist voor een poliklinische behandeling;
- de bijkomende kosten;
- de kosten van op advies van de huisarts verricht laboratoriumonderzoek in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium;
- tandheelkundig chirurgische hulp van specialistische aard uitgevoerd door een tandarts komt, na machtiging, voor vergoeding in aanmerking. De kosten van Tandheelkundige implantaten en de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak worden niet vergoed.

2.1.10 Farmaceutische zorg:

de kosten van farmaceutische zorg - overeenkomstig de regeling Farmaceutische Zorg zoals

die door de Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld - mits is afgeleverd op voorschrift van een arts, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheker of apotheekhoudend huisarts, voor zover werkzaam in het kader van de Ziekenfondswet of de AWBZ. Een geneesmiddel dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, komt voor vergoeding in aanmerking. De regeling Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze polis en is op aanvraag verkrijgbaar.

Per voorschrift worden de geneesmiddelen maximaal vergoed voor een periode van:

- vijftien dagen, indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
- een half jaar, indien het orale anticonceptie betreft;
- drie maanden, indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, waaronder insuline, met uitzondering van hypnotica, anxiolytica of eetlustremmende geneesmiddelen;
- vijftien dagen, indien het geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica betreft;
- een maand in overige gevallen.

Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Dit betekent dat voor een aantal geneesmiddelen een limiet aan de vergoeding wordt gesteld.

Geneesmiddelen waarvoor nog geen limiet is vastgesteld vallen in beginsel buiten de vergoeding, tenzij de regeling Farmaceutische Zorg of de verzekeraar anders bepaalt.

Indien wel een vergoedingslimiet is vastgesteld en de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet blijft het meerdere buiten de vergoeding van kosten.

De kosten van dieetpreparaten worden vergoed overeenkomstig de regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, na toestemming vooraf door de verzekeraar.

Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis.

Verbandmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

2.1.11 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck:

de kosten van behandeling - op voorschrift van de huisarts of specialist - door een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck. Na 9 behandelingen dient door de verzekeraar vooraf toestemming aan de verzekerde te worden verleend.

Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van 9 behandelingen kinderfysiotherapie, verleend aan kinderen tot 18 jaar.

Onder fysiotherapie wordt hier tevens verstaan chiropractie uitgevoerd door een chiropractor. De vergoeding bedraagt maximaal het CTG tarief voor een zitting fysiotherapie. Niet vergoed worden de kosten van: zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, acupunctuur, haptonomie, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.

2.1.12 Manuele therapie en manuele geneeskunde*:

voor manuele therapie uitgevoerd door een fysiotherapeut worden maximaal 6 behandelingen vergoed. Voorwaarde voor vergoeding is een gerichte verwijzing van de huisarts of behandelend specialist. Voor manuele therapie door een arts praktiserend als manueel geneeskundige wordt na machtiging door verzekeraar maximaal 6 behandelingen vergoed volgens het CTG-tarief voor manuele therapie uitgevoerd door een fysiotherapeut.

2.1.13 Logopedie:

de kosten van behandeling - op voorschrift van de huisarts of specialist - door een logopedist als bedoeld in het Logopedisten Besluit. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect en anderstaligheid.

2.1.14 Behandeling door de huisarts:

Het honorarium van de huisarts, alsmede de kosten van röntgen- laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

2.1.15 Ziekenvervoer:

de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer binnen Nederland per ambulance, taxi, een huurauto of een eigen vervoermiddel zowel naar als van het dichtstbijzijnde ziekenhuis of kraaminrichting, alsmede naar en van de plaats waar de behandelend specialist praktijk uitoefent respectievelijk vervoer naar een inrichting waarin de verzekerde ten laste van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld. Vergoeding voor vervoer anders dan ambulancevervoer wordt verleend indien reizen per openbaar vervoer om medische redenen niet mogelijk is, zulks ter beoordeling van verzekeraar. Om tot beoordeling over te kunnen gaan dient de verzekerde een "aanvraagformulier ziekenvervoer" in te vullen op basis waarvan de verzekeraar kan bepalen waarom vervoer per openbaar vervoer medisch gezien niet mogelijk is. Het aanvraagformulier is op verzoek verkrijgbaar. Anders dan voor ambulancevervoer komt een bedrag van € 68,07 per polis per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor taxivervoer komt alleen voor vergoeding in aanmerking, indien dit vervoer door bemiddeling van de Zorgmakelaar tot stand is gekomen. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,20 per kilometer. De kosten dienen verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van de verzekeraar komen. Geen uitkering wordt gedaan voor vervoer in verband met fysiotherapie als genoemd in 2.1.11.

2.1.16 Hulpmiddelen*:

De kosten van aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen (eenvoudige uitvoering) voorgeschreven door de behandelend arts, worden overeenkomstig de maximumbedragen van de Uniforme Regeling Hulpmiddelen – zoals door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld – vergoed. Deze regeling maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van verzekeraar.

2.1.17 Bevalling en kraamzorg:

per bevallen verzekerde geldt terzake van bevalling en kraamzorg de volgende vergoedingsregeling:

2.1.17.1 Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis (medisch noodzakelijk):

Indien en voor zolang verblijf in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is, bestaat voor moeder en het bij haar op de polis medeverzekerde kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op vergoeding van:

- a. de kosten van opname in de verzekerde klasse;
- b. de door het ziekenhuis in rekening gebrachte bijkomende kosten;
- c. het honorarium van verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door een specialist, huisarts of verloskundige;
- d. het honorarium van de specialist.

2.1.17.2 Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis of kraaminrichting (niet medisch noodzakelijk), poliklinische bevalling of thuis:

- een uitkering ineens (achteraf) ter hoogte van € 1815,12, (voor de kosten van ziekenhuis, kraaminrichting, verloskundige hulp, kraamzorg en andere aan de bevalling verbonden kosten gezamenlijk) of
- zorg in natura, geregeld door verzekeraar. Deze zorg moet ten minste vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aangevraagd worden. Een aanvraagkaart hiervoor is verkrijgbaar bij verzekeraar. Niet vergoed worden de kosten van de verloskamer bij een bevalling zonder medische indicatie. Kraamzorg wordt in overleg met het kraamcentrum geregeld, waarbij minimaal 24 uur en maximaal 64 uur hulp wordt verleend. Het te verlenen aantal uren kraamzorg is mede afhankelijk van de beschikbaarheid van kraamverzorgsters en de aard van de bevalling.

2.1.17.3 Combinatie van de hulp genoemd onder 2.1.17.1 en 2.1.17.2:

- Indien moeder en kind, in combinatie met artikel 2.1.17.1, het ziekenhuis verlaten voordat een periode van acht dagen (met ingang van de dag van de bevalling) is verstreken, dan wordt voor elke minder in rekening gebrachte dag een vergoeding toegekend van € 147,48 per dag of voor het resterend aantal dagen zorg in natura verleend tot minimaal 3 uur en maximaal 8 uur kraamzorg per dag.
- Indien in combinatie met artikel 2.1.17.2, binnen acht dagen na de bevalling alsnog een ziekenhuisopname met medische noodzaak voor moeder en kind volgt, dan wordt voor elke in rekening gebrachte dag een korting toegepast van € 147,48 per dag op de uitkering ineens of het resterend aantal dagen zorg in natura verminderd met minimaal 3 uur en maximaal 8 uur kraamzorg per dag.

2.1.18 Tandheelkundige hulp:

2.1.18.1. Orthodontische behandeling in bijzondere gevallen:*

de kosten van orthodontische behandeling door een orthodontist op advies van de huisarts of tandarts bij een schisisafwijking: lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnat- en/of palatoschisis).

2.1.18.2. Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen:*

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

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

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist en de verzekeraar op een daartoe verstrekend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, op voorhand toestemming heeft gegeven.

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

2.1.18.3. Tandheelkundige hulp voor verzekerden jonger dan 18 jaar:

vergoeding van 100% van de kosten van behandeling door een tandarts of een dienst voor

jeugd tandverzorging. Niet vergoed worden kronen, bruggen en gegoten vullingen. Indien door een lichamelijke en/of geestelijke handicap een langere dan normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, is de bovengenoemde vergoedingsregeling niet van toepassing. Na vooraf verleende toestemming door de verzekeraar wordt vergoeding van kosten, in rekening gebracht door een tandarts, verleend op basis van 75% van het goedgekeurde tarief per behandelingsuur.

Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend voor de personen met een lichamelijke en/of geestelijke handicap die geen aanspraak kunnen maken op de tandheelkundige verstrekkingen krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

2.1.18.4 Tandheelkundige hulp voor verzekerden ouder dan 18 jaar:

voor personen ouder dan 18 jaar worden 2 periodieke controles, tandsteenverwijdering en instructie mondhygiëne 100% vergoed.

2.1.18.5 Prothesen:

na machtiging:

P00	techniekkosten volledige prothese	
	techniekkosten betreffende P21, P25 en P30	75%
P17	extra beetregistratie met specifieke apparatuur	75%
P21	bovenprothese	75%
P25	onderprothese	75%
P27	reoccluderen	75%
P28	naregistratie en remounten	75%
P29	extra te berekenen voor elk overkapt element	75%
P30	boven- en onderprothese	75%
P36	individuele afdruk zonder randopbouw	75%
P37	frontopstelling in aparte zitting	75%
P38	extra voor bepaling verticale beethoogte met behulp van specifieke apparatuur	75%
P39	extra voor bepaling neutrale zone	75%
P40	toeslag immmediaat prothese per element	75%
P41	extra voor relinen van algiinaat-afdruk	75%
P42	extra voor specifieke A-zone-bepaling	75%
P43	extra voor extra beetbepaling van waswallen	75%
P50	tissue conditioning	75%
P65	planmatig inslijpen van bestaande prothese	75%

zonder machtiging:

De volgende vergoedingen gelden alleen voor volledige prothesen:

P00	techniekkosten betreffende P01, P02, P03, P04, P07 en P08	100%
P01	rebasen/relinen per werkstuk indirect zonder randopbouw	100%
P02	rebasen/relinen per werkstuk direct met randopbouw	100%
P03	rebasen/relinen per werkstuk direct zonder randopbouw	100%
P04	rebasen/relinen per werkstuk direct met randopbouw	100%
P07	reparatie prothese zonder afdruk	100%
P08	reparatie prothese met afdruk	100%

2.1.19 Zorg door een audiologisch centrum:

De kosten van zorg door een – daartoe conform de bij wet gestelde regels toegelaten— audiologisch centrum op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

2.1.20 Erfelijkheidsonderzoek*:

De kosten van zorg in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na verwijzing door huisarts of specialist. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel

van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidsonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psycho-sociale begeleiding.

Indien noodzakelijk voor het advies aan verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden. De kosten van dit onderzoek van andere personen dan verzekerde komen voor rekening van de (eigen verzekeraar(s)) van de onderzochte andere persoon of personen.

2.1.21 Buitenland:

2.1.21.1 Spoedeisende geneeskundige hulp:

vergoeding van de kosten van spoedeisende geneeskundige hulp, niet zijnde tandheelkundige hulp, tijdens vakantie- of zakenreis, van maximaal 183 achtereenvolgende dagen, in het buitenland gemaakt omvat de kosten van verstrekkingen waarop bij verblijf in Nederland op grond van de verzekeringsvoorwaarden aanspraak gemaakt zou kunnen worden tot een maximum van 200% van de kosten die zouden zijn vergoed, indien de verzekerde in Nederland een soortgelijke behandeling zou hebben ondergaan.

2.1.21.2 ANWB Alarmcentrale:

kosten van hulpverlening uitgevoerd door de ANWB Alarmcentrale in verband met medische begeleiding en toezending van medicijnen en/of hulpmiddelen worden 100% vergoed op basis kostprijs.

2.1.21.3 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 de verzekeraar, tot stand gekomen. Deze goedkeuring is niet vereist voor huisartsenhulp, apothekershulp en tandartshulp.
- 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 vallende 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.

2.1.21.4 Vergoeding:

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.

2.1.22 Aanvullende thuisverpleging*:

ter bekorting of vervanging van een medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis kan een tegemoetkoming in de kosten worden gegeven van aanvullende thuisverpleging door een verpleegkundige of ziekenverzorgende ten huize van de verzekerde voor maximaal 60 dagen per kalenderjaar, gedurende maximaal 8 uren per etmaal.

2.1.23 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 hier bedoelde juridische hulp in natura is geen eigen bijdrage verschuldigd; evenmin telt de juridische hulp in natura mee terzake een eventueel eigen risico.

2.1.24 Behandeling door een arts-fleboloog:

vergoed wordt 100% van de kosten van onderzoek en behandeling door een arts-fleboloog, tot een maximum van € 226,89 per kalenderjaar.

2.1.25 Behandeling door een arts-proctoloog:

vergoed wordt 100% van de kosten van onderzoek en behandeling door een arts-proctoloog, tot een maximum van € 226,89 per kalenderjaar.

2.1.26 Ergotherapie*:

een vergoeding van maximaal 10 uren per kalenderjaar. Recht op vergoeding van deze hulp bestaat uitsluitend wanneer de behandeling geschiedt door een ergotherapeut.

2.1.27 Zorgmanagement:

Zorgmanagement is een exclusieve dienstverlening van de Zorgmakelaar waarbij op verzoek van verzekerde de benodigde (medische) zorg wordt georganiseerd, verbeterd, bespoedigd en/of toegelicht. Deze dienstverlening omvat o.a.:

- wachtlijstbemiddeling door de Zorgmakelaar bij medisch noodzakelijke behandeling door een specialist in een ziekenhuis of een opname in een ziekenhuis;
- bemiddeling bij het vinden van de meest geschikte behandeling bij klachten van het houdings- en bewegingsapparaat;
- het organiseren van thuiszorg ter vervanging of verkorting van een verblijf in het ziekenhuis;
- versnelde intensieve medisch noodzakelijke behandeling;
- kinderopvang bij opname van de verzorgende ouder;
- bemiddeling voor taxivervoer;
- informatie over ziektebeelden en -ontwikkelingen, medicijnen, dieet en voedingsmiddelen, hulpmiddelenadvies etc.;
- informatie en advies bij ziekte voor huishoudelijke hulp, kinderopvang e.d.;
- bemiddeling bij het vinden van de meest geschikte behandeling bij arbeidsgerelateerde psychische problematiek;
- voor een aantal klachten zijn speciale behandelprogramma's ontwikkeld, onder andere voor chronische- of recidiverende rugklachten, fibromyalgie, reumatoïde artritis en M. Bechterew.

Voor meer informatie over de dienstverlening van de Zorgmakelaar verwijzen wij u naar de brochure van de Zorgmakelaar. Deze brochure kan worden aangevraagd bij verzekeraar.

2.1.28 Vroegsignalering:

verzekerde kan een beroep doen op Vroegsignalering door ProVé B.V. na een aaneengesloten periode van 13 weken verzuim door arbeidsongeschiktheid, dan wel direct nadat de bedrijfsarts heeft aangegeven te verwachten dat het verzuim langer dan 13 weken zal gaan duren. Een verzoek tot Vroegsignalering dient bij de verzekeraar te worden ingediend.

2.1.29 Zelfstandig Behandel Centrum:

Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, de kosten van behandeling in een vergunninghoudende privé-kliniek op basis van rechtsgeldige CTG-tarieven. De kosten van privé-klinieken komen alleen voor vergoeding in aanmerking als bemiddeling door de Zorgmakelaar heeft plaatsgevonden.

2.1.30 Sportarts en Sport Medische Adviescentra (SMA):

Het honorarium van de sportarts en SMA tot maximaal het vigerende CTG-tarief voor huisartsen terzake het enkelvoudig spreekuurconsult, en op basis van maximaal vijf consulten/ behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

2.1.31 Sterilisatie

De kosten van sterilisatie door een specialist of huisarts. De kosten van het ongedaan maken van een kunstmatig tot stand gebrachte onvruchtbaarheid (steriliteit) worden niet vergoed.

2.1.32 Second opinion *:

De kosten, waaronder wordt verstaan het honorarium en de bijkomende kosten, van een second opinion door een andere specialist dan de behandelend specialist worden vergoed.

3. UITSLUITINGEN

Geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt:

3.1 Voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij. 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 gedeponeerd;

3.2 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;

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

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

3.4.2 De uitsluiting onder 3.4.1 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);

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

3.5 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;

3.6 Voor vormverbeterende behandelingen/operaties van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van

verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte, dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking;

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

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

3.9 Voor tandheelkundige implantaten en de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak;

3.10 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 verzekeraar vóór de totstandkoming van de verzekeringsovereenkomst van de bewuste ziekten, aandoeningen, afwijkingen of klachten schriftelijk op de hoogte heeft gebracht en verzekeraar 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.

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

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

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

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

3.15 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.

4. GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

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

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

Deze verplichting geldt niet voor gezinsleden:

- a. zolang zij militair zijn;
- b. voor zover en voor zolang zij bij een ziekenfonds als verplicht verzekerde staan ingeschreven; als een der echtgenoten echter een verzekering heeft waaraan deze rechten kan ontlenen op basis van een verpleegklasse anders dan de derde klasse, dan moet de verplicht verzekerde echtgenoot zich aanmelden voor een aanvullende verzekering volgens dezelfde klasse;
- c. voor zover en voor zolang zij deelnemen aan een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering;
- d. voor zover zij ingevolge de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen worden ingeschreven in de Standaard(Pakket)Polis;
- e. voor zover het betreft kinderen, stief- en pleegkinderen verzekerd krachtens een aanvullende dekking die echter aanspraken hebben volgens de laagste klasse.
In dat geval kan bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd de verzekering worden omgezet naar een verzekering op basis van het laagste tarief.

4.3 Wordt aan het bepaalde in dit artikel niet voldaan, dan heeft de verzekeraar het recht de bestaande verzekering te beëindigen op een door haar te bepalen tijdstip.

5. INSCHRIJVING

5.1 Geen gezondheidswaarborgen zijn vereist voor:

- a. tijdens de verzekeringsduur geboren kinderen, mits zij binnen 2 maanden na de geboorte bij de verzekeraar als verzekerde zijn aangemeld;
- b. hen, die hun verzekering tijdelijk (maximaal 12 maanden) hebben moeten onderbreken wegens toetreding tot de verplichte ziekenfondsverzekering of een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering en die na beëindiging daarvan aansluitend weer in hetzelfde tarief bij de verzekeraar willen toetreden.

5.2 Voor de kinderen, bedoeld in artikel 5.1 onder a., gaat de verzekering in op de dag van de geboorte. Voor hen bedoeld in artikel 5.1 onder b., gaat de verzekering in op de dag, volgende op die van de beëindiging van de voorgaande verzekering.

6. VERPLICHTINGEN

6.1 Verplichtingen bij wijzigingen: De verzekerde is verplicht binnen twee maanden aan de 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 de verzekeraar tijdig alle inlichtingen te verschaffen, die in verband met de verzekering door de 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 de verzekeraar verzonden aan het laatst bekende adres van de verzekerde, worden geacht de verzekerde te hebben bereikt.

6.2 Verplichtingen bij schade: De verzekerde is verplicht:

6.2.1

- van een opname in een ziekenhuis en bij bevalling en kraamzorg zo spoedig mogelijk vooraf schriftelijk kennis te geven aan de verzekeraar;
- spoedopnemingen binnen twee dagen na opname schriftelijk ter kennis te brengen van de verzekeraar;

- de behandelend huisarts of specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur;

6.2.2

aan de verzekeraar, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;

6.2.3

bij niet-klinische specialistische behandeling, een verwijzing van de specialist, huisarts of tandarts te overleggen, indien de verzekeraar hierom vraagt;

6.2.4

bij fysiotherapie, oefentherapie en logopedie een verwijzing van de specialist of huisarts te overleggen, indien de verzekeraar hierom vraagt.

6.3. Verplichtingen bij uitkering rechtstreeks aan 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.

6.4 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.

7. SCHADE

7.1 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, uiterlijk 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij de verzekeraar in te dienen. Computernota's dienen door de zorgaanbieder gewaarmerkt te zijn.

7.2 Rekeningen die na 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de verzekeraar zijn ingediend, komen niet meer voor uitkering in aanmerking.

7.3 Binnen zes weken na de vaststelling van de uitkering, zal de verzekeraar het verschuldigde bedrag betalen. Als de verzekerde niet binnen zes weken na de datum van betaling tegen de uitkering bezwaar maakt, wordt aangenomen, dat deze met de uitkering onvoorwaardelijk akkoord gaat.

7.4 Indien het gezins eigen risico nog niet is bereikt zal de vergoeding geschieden onder aftrek van het gezins eigen risico.

7.5 Bij het indienen van de nota's is de datum van behandeling bepalend voor het jaar waarop het eigen risico betrekking heeft.

7.6 Bij opname in een hogere klasse dan waarvoor de verzekering is gesloten, bedraagt de uitkering voor verpleging en bijkomende kosten de in dit ziekenhuis geldende prijs voor de verzekerde klasse.

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

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

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

7.10 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.

7.11 Aan de verzekerde, die zich onttrekt aan geneeskundige behandeling, als gevolg waarvan de opname wordt verlengd of een hernieuwde opname noodzakelijk wordt, dan wel wegens wangedrag uit het ziekenhuis of sanatorium wordt verwijderd, kan uitkering worden geweigerd voor deze opname en voor de daarmee verband houdende klinische specialistenhulp, bijkomende kosten en ziekenvervoer, een en ander ter beoordeling van de verzekeraar.

7.12 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.

7.13 Aansprakelijkheid van derden

7.13.1 De verzekerde is verplicht de verzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een 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.

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

8. INGANG, DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

8.1 Ingang en duur van de verzekering:

8.1.1 Bij aanvaarding van de kandidaat-verzekerde vangt de verzekering aan op de eerste van de maand, waarin de datum is gelegen waarop de kandidaat-verzekerde, blijkens het door hem ondertekende aanmeldingsformulier, de verzekering wil doen aanvangen. De verzekering vangt echter nooit eerder aan dan op de eerste van de maand, waarin het aanmeldingsformulier bij de verzekeraar is binnengekomen, behoudens hetgeen is bepaald in artikel 8.1.2 en artikel 5.1, en nooit later dan op de eerste van de vijfde maand volgend op die, waarin het aanmeldingsformulier bij de verzekeraar is binnengekomen.

8.1.2 Bij aanvaarding van de kandidaat-verzekerde, die zijn of haar verzekering bij een ziekenfonds of publiekrechtelijke ziektekostenverzekering heeft moeten beëindigen, vangt de verzekering aan op de dag volgende op de dag van beëindiging van de ziekenfonds-verzekering of publiekrechtelijke ziektekostenverzekering.

8.1.3 De verzekering wordt aangegaan voor onbepaalde tijd, met dien verstande dat zij ten minste voor de duur van een kalenderjaar moet worden aangegaan.

Verzekeringen aangegaan in de loop van een kalenderjaar worden ten minste voor de duur van dat en van het daarop volgende kalenderjaar aangegaan.

8.2. Einde van de verzekering:

8.2.1 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 ten minste een jaar heeft geduurd en de opzegging geschiedt voor 1 oktober, behoudens het bepaalde in artikel 10.5 van deze verzekeringsvoorwaarden.

De opzegging dient per aangetekend schrijven te geschieden.

8.2.2 De verzekeraar kan de verzekering niet beëindigen door opzegging, tenzij de beëindiging geschiedt op grond van artikel 4.3 of artikel 9.7 van deze verzekeringsvoorwaarden en indien de verzekeringnemer of verzekerde zich jegens verzekeraar schuldig maakt aan bedrog, het opzettelijk doen van onjuiste mededeling of andere ernstige misdragingen. In die gevallen zal de verzekering eindigen op de dag, waarop het bedoelde feit heeft plaatsgevonden.

8.2.3 Behalve door opzegging eindigt de verzekering:

- b. zodra de verzekeraar van de verzekerde schriftelijk mededeling heeft ontvangen van zijn inschrijving bij een ziekenfonds dan wel bij een publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraar; de verzekerde dient de verzekeraar in dit geval een copie van de bedoelde inschrijving te doen toekomen;
- c. zodra de verzekerde zich metterwoon in het buitenland vestigt dan wel langer dan een jaar in het buitenland verblijft;
- d. als de verzekerde overlijdt;
- e. met ingang van de eerste van de maand waarin de verzekerde de 65-jarige leeftijd bereikt. Er zal aansluitend verzekering plaatsvinden krachtens de StandaardPakketPolis met inachtneming van de op grond van de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekering (WTZ) voor die verzekering geldende regels, premie en voorwaarden.

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

8.2.5 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 de verzekeraar de wijziging heeft goedgekeurd. Bij wijziging wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

8.3. Eigen risico:

8.3.1 Een eigen risico wordt per kalenderjaar vastgesteld naar de gezinssamenstelling per 1 januari van dat kalenderjaar.

8.3.2 Beëindiging of wijziging van een gekozen eigen risico aan de voet vindt uitsluitend plaats bij aanvang van een kalenderjaar. Aan beëindiging of wijziging kunnen door de verzekeraar nadere voorwaarden worden gesteld.

8.3.3 Bij aanvang van de verzekering in de loop van een kalenderjaar wordt een gekozen eigen risico aan de voet pro rata vastgesteld.

Bij tussentijdse beëindiging van de verzekering blijft het eigen risico ongewijzigd van kracht.

8.3.4 Voor het bereiken van het bedrag van het eigen risico aan de voet tellen uitsluitend de kosten mee, die op grond van de voorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen. Die kosten tellen eveneens mee voor het bereiken van een, eventueel voor een onderdeel van de dekking geldende, maximum vergoeding.

8.3.5 Bij opname in een ziekenhuis na 30 november van enig jaar en eindigende voor 1 februari van het daaropvolgende jaar, zullen de kosten voor berekening van het te dragen eigen risico worden geacht te behoren tot het kalenderjaar waarin de verpleging is begonnen.

9. PREMIEBETALING

9.1 De verzekeringnemer is verplicht de premie en de kosten alsmede bijdragen die voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen bij vooruitbetaling te voldoen, voor de eerste keer bij de aanvang van de verzekering, voor alle op de polis genoemde personen. Voor kinderen tot 18 jaar is maximaal voor 3 kinderen premie verschuldigd. De premie, de kosten en de bijdragen op grond van wettelijke regelingen, zijn verschuldigd met ingang van de dag dat de verzekering van kracht wordt.

9.2 De premie dient in de overeengekomen termijnen te worden betaald en is op de eerste dag van elke betalingstermijn ten kantore van de verzekeraar verschuldigd.

9.3 De premie wordt voldaan tegen afgifte van een door de verzekeraar verstrekte kwitantie of tegen een ander daartoe door haar aangewezen bewijs van kwijting. Bij niet betaling van de premie binnen een maand na de vervaldatum, vervalt het recht op uitkering onverminderd de verplichting tot verdere premiebetaling.

9.4 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 nog 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.

9.5 De verzekeraar is niet aansprakelijk voor kosten door de verzekerden gemaakt tijdens het verval van recht op uitkering.

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

9.7 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 echter onverminderd blijft bestaan.

9.8 Als 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.

9.9 Bij het ingebreke stellen van het betalen van de premie op de vervaldag, kan de verzekerde zich nimmer beroepen op het feit, dat de premie niet tijdig ten huize van de verzekerde is geïnd.

9.10 Bij wijziging van premie door het bereiken van een leeftijdsgrens gaat, indien van toepassing, de nieuwe premie in op de (eerste van de maand volgend op de) dag waarop die bepaalde leeftijdsgrens werd bereikt.

9.11 Bij de geboorte van een kind in een verzekerd gezin, is de eventueel daarvoor vastgestelde premie verschuldigd vanaf de dag waarop de geboorte heeft plaatsgehad, ongeacht de datum, waarop het kind wordt aangemeld.

9.12 Voor verzekerden, bedoeld in artikel 8.1.2 en artikel 5.1 is de premie verschuldigd vanaf de datum van inschrijving.

9.13 Voor verzekerden bedoeld in artikel 8.2.3, eindigt de premiebetaling vanaf de datum van beëindiging der verzekering.

10. HERZIENING VAN PREMIE EN VOORWAARDEN

10.1 De verzekeraar houdt zich het recht voor om en bloc of groepsgewijs:

- a. de verzekeringsvoorwaarden - waaronder mede te begrijpen eigen risico bedragen en percentages van uitkeringen - 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.

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

10.3 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.

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

10.5 De verzekerde, die zich met de gewijzigde verzekeringsvoorwaarden of de verhoogde premie niet kan verenigen, kan per de ingangsdatum daarvan de verzekering beëindigen, mits de verzekerde hiervan bij aangetekend schrijven mededeling doet aan de verzekeraar welk schrijven moet zijn ontvangen:

- a. voor bedoelde ingangsdatum, indien toezending als bedoeld in artikel 10.4 ten minste een maand voor de datum van ingang is geschied;
- b. binnen een maand na bedoelde ingangsdatum, indien toezending als bedoeld in artikel 10.4, minder dan een maand voor de datum van ingang is geschied.

10.6 Indien de wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden en/of premies voortvloeien uit door de Overheid dwingend opgelegde regelgeving is het bepaalde in artikel 10.5 niet van toepassing.

10.7 Het bepaalde in artikel 10.5 is niet van toepassing indien de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden een verruiming dan wel een verbetering van de voorwaarden inhoudt.

10.8 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.

11. 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.

12. GESCHILLEN

12.1 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 de directie van verzekeraar. De directie dient binnen zes weken nadat zij door verzekerde van het geschil op de hoogte is gesteld, daaromtrent te beslissen. Bij gebreke van een beslissing binnen de gestelde termijn wordt de oorspronkelijke beslissing geacht door de directie 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.

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

12.3 Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

13. AANVULLENDE KLASSEVERZEKERING

Voor zover meeverzekerd, heeft verzekerde recht op vergoeding van de verpleegprijs van een ziekenhuis voor de verzekerde klasse, mits verzekerde ook daadwerkelijk is opgenomen in deze klasse.

Indien opname in een ziekenhuis plaatsvindt in een lagere dan de verzekerde klasse, dan wordt op verzoek van verzekerde € 22,69 per verpleegdag vergoed.

Indien als aanvullende klasse de laagste tweede klasse is meeverzekerd en een verzekerde wordt opgenomen in een ziekenhuis met één tweede klasse, dan vindt volledige vergoeding plaats volgens de tarieven van die ene tweede klasse.

Gevolgen Kleine Stelselwijziging (onder voorbehoud van ministeriële goedkeuring): bij het doorgaan van de "kleine stelselwijziging" tandheelkunde zijn de volgende wijzigingen van toepassing:

Vervangen artikel 2.1.18.4:

voor personen ouder dan 18 jaar worden de onderstaande verrichtingen voor 100% vergoed:

C11 periodiek preventief onderzoek eerste in een kalenderjaar;

C13 incidenteel consult

H10, H15, H20, H21, H25, H26, H30, H35, H40, H41, H42, H43, H44, H50 en H55 (chirurgie van algemene aard)

X10, X21 (röntgendiagnostiek)

ZORGVZERZEE TRAAR

Geove RZG

op een andere manier betere

Schweitzerlaan 6, 9728 NP Groningen, Postbus 64, 9700 MD Groningen,
telefoon (050) 523 33 33, fax (050) 523 34 70, Internet www.geoverzg.nl

P 2002 012002