



Aanvullende Budget Ziektekostenverzekering

Voorwaarden ABZ 0101

Inhoudsopgave

Algemeen (artikel 1 t/m 17)

Hier zijn opgenomen de algemene bepalingen welke op de overeenkomst van toepassing zijn.

De aanvullende budget ziektekostendekking (artikel 18 en 19)

Dit artikel regelt welke ziektekosten voor vergoeding in aanmerking komen.

Internationaal service Certificaat (artikel 20)

Dit artikel regelt het recht op dienstverlening in het buitenland.

Algemeen

- Art. 1 Grondslag van de verzekering
- Art. 2 Omschrijving van de begrippen
 - Zwolsche Algemeene
 - Verzekeringnemer
 - Verzekerde
 - Eigen risico
 - Alternatieve geneeskunde
 - Arts
 - AWBZ
 - Geneesmiddel
 - Inrichting
 - Kaakchirurg
 - Hulpmiddelen
 - Orthodontist
 - Tandarts
 - Tandheelkundig Centrum
 - Verbandmiddel
 - Verloskundige
- Art. 3 Aanvang, duur en einde van de verzekering
- Art. 4 Premiebetaling
- Art. 5 Premierestitutie
- Art. 6 Algemene bepalingen
 - 1. Kalenderjaar
 - 2. Eigen risico
 - 3. Vergoedingsperiode
 - 4. Vrije keus
 - 5. Hogere verpleegklasse
- Art. 7 Verzekeringsgebied
- Art. 8 Uitsluitingen
 - 1. Molest
 - 2. Andere Verzekeringen
- Art. 9 Verplichtingen
- Art. 10 Vaststelling van het recht op vergoeding
- Art. 11 Leeftijd, premie, eigen risico
- Art. 12 Herziening van tarieven en/of voorwaarden
- Art. 13 Adres
- Art. 14 Geschillen
- Art. 15 Vervaltermijn
- Art. 16 Verjaringstermijn
- Art. 17 Regeling informatievoorziening

Aanvullende budget ziektekostendekking

- Art. 18 De andere verzekeringen
 - A Deze verzekering
 - B AWBZ
 - C Ziekenfonds
- Art. 19 Omvang van de dekking
 - A Ziektekosten
 - A.1 Arts
 - A.2 Onderzoek, behandeling, verpleging
 - a. Opneming
 - b. Opneming in een niet erkende inrichting
 - c. Thuisverpleging
 - d. Zorgbemiddeling
 - e. Nierdialyse
 - f. Preventie
 - g. Lidmaatschap patiëntenvereniging en regionale kruisorganisatie
 - h. Overige behandelingen
 - 1. Alternatieve geneeskunde
 - 2. Reguliere geneeskunde
 - 3. In vitro fertilisatie
 - 4. Psycholoog/psychotherapeut
 - A.3 Kunst- en hulpmiddelen
 - A.4 Vervoer
 - A.5 Verloskundige, kraamzorg
 - A.6 Vaste geboorte-uitkering
 - A.7 Verblijfskosten ouder
 - A.8 Kinderopvang
 - A.9 Orgaantransplantatie
 - B Tandheelkundige hulp
 - B.1 Kaakchirurg
 - B.2 Parodontologie
 - B.3 Orthodontie
 - B.4 Bijzondere gevallen
 - B.5 Kinderen
 - C Uitsluitingen

Internationaal Service Certificaat

- Art. 20 Omvang van de dekking



Aanvullende Budget Ziektekostenverzekering Voorwaarden ABZ 0101

Algemeen

Art. 1 Grondslag van de verzekering

Aan deze verzekeringsovereenkomst liggen ten grondslag de in de verzekeringsaanvraag verstrekte opgave en inlichtingen, alsmede – indien medische keuring heeft plaats gehad – de door de verzekerde bij die keuring verstrekte gegevens.

Verzwijging, alsmede onjuiste of onvolledige beantwoording van door of namens de Zwolsche Algemeene gestelde vragen zijn voor de Zwolsche Algemeene reden zich op nietigheid van de verzekering te beroepen. De Zwolsche Algemeene kan echter – in plaats van zich op nietigheid te beroepen – de overeenkomst voortzetten met dien verstande dat, met terugwerkende kracht tot de ingangsdatum, is uitgesloten het recht op vergoeding van ziektekosten die verband houden met ziekten, kwalen of gebreken die verzwegen zijn of waaromtrent een onjuiste of onvolledige opgave is gedaan.

Art.2 Omschrijving van de begrippen

Zwolsche Algemeene

Zwolsche Algemeene Schadeverzekering N.V., statutair gevestigd te Utrecht en kantoorhoudende te Nieuwegein.

Verzekeringnemer

Degene, die de verzekering heeft aangegaan.

Verzekerde

Een van de op het polisblad als zodanig genoemde personen.

Eigen risico

Het op het polisblad als zodanig vermelde bedrag dat per kalenderjaar bij vergoeding van ziektekosten en kosten voor tandheelkundige hulp voor rekening van verzekeringnemer blijft.

Alternatieve geneeskunde

Andere vormen van geneeskunde dan de reguliere.

Arts

Een persoon, die in het land van vestiging door de bevoegde instanties aldaar als arts, huisarts of specialist is erkend.

AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Geneesmiddel

De kosten van farmaceutische zorg worden vergoed overeenkomstig de Regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. De middelen dienen te zijn afgeleverd op voorschrift van een (huis)arts, specialist, tandarts of verloskundige door

een in Nederland gevestigde apotheek, apotheekhoudend huisarts of drogisterij, tenzij de verzekeraar anders bepaalt.

Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing.

Inrichting

Een in het land van vestiging door de bevoegde instanties aldaar erkende inrichting, waarin zieken behandeld en/of ter behandeling verpleegd worden. Onder inrichting wordt ook verstaan een in Nederland door of namens de betrokken minister erkende inrichting, waarin behandeling en/of verpleging wordt verleend in verband met zwangerschap en bevalling.

Kaakchirurg

Een in Nederland gevestigde arts, die als zodanig door de bevoegde instanties is erkend.

Hulpmiddelen

De middelen die in de Regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland zijn opgenomen.

Orthodontist

Een in Nederland gevestigde tandartsspecialist, die als zodanig door de bevoegde instanties is erkend.

Tandarts

Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig door de bevoegde instanties is erkend.

Tandheelkundig Centrum

Een door de bevoegde instanties als zodanig erkend of voorlopig erkend universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige hulp in bijzonder gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband vereist en/of van een zodanige moeilijkheidsgraad is dat bijzondere deskundigheid en vaardigheid benodigd is.

Verbandmiddel

Een middel, dat uitsluitend vervaardigd is om er gekwetste lichaamsdelen mee te bedekken, te verbinden of te omwinden. Onder verbandmiddel wordt ook verstaan incontinentieverband en/of absorptiematerialen.

Verloskundige

Een in Nederland gevestigde verloskundige, die als zodanig door de bevoegde instanties is erkend.

Art. 3 Aanvang, duur en einde van de verzekering

De verzekering is aangegaan voor een in de polis vermelde eerste termijn en wordt na afloop daarvan stilzwijgend voortgezet voor telkens een termijn, waarvan de duur eveneens in de polis is genoemd.

De verzekering eindigt:

1. indien verzekeringnemer haar uiterlijk 3 maanden voor de afloopdatum van een der termijnen opzegt en dit besluit tot die datum handhaaft. De verzekering eindigt dan per de afloopdatum;
2. indien wordt getracht door het verstrekken van onjuiste opgaven en inlichtingen de Zwolsche Algemeene te bewegen tot het toekennen van vergoedingen waarop geen recht bestaat. De verzekering eindigt op de datum van opzegging door de Zwolsche Algemeene;
3. indien de Zwolsche Algemeene haar opzegt wegens achterstalligheid in de premiebetaling;

Een opzegging dient schriftelijk te geschieden.

De verzekering eindigt eveneens:

4. indien verzekeringnemer aanpassing van de verzekering aan nieuwe tarieven en voorwaarden krachtens het bepaalde in artikel 12 weigert;
5. van rechtswege, indien de verzekeringnemer ophoudt zijn woonplaats binnen Nederland te hebben.
6. indien de verzekering bij de Zwolsche Algemeene van de overige gezinsleden eindigt.

Voor een verzekerde vervalt de verzekeringsdekking indien die verzekerde:

- a. niet meer in Nederland woont;
- b. verplicht verzekerd wordt ingevolge de Ziekenfondswet;
- c. zijn/haar bij de Zwolsche Algemeene gesloten StandaardPakketPolis beëindigt.

Na beëindiging van de Ziekenfondsverzekering kan de betreffende verzekerde zich bij de Zwolsche Algemeene verzekeren, hetzij op basis van het alsdan door haar gevoerde product en tegen de alsdan voor hem/haar van kracht zijnde premie en eigen risico, hetzij - indien acceptatie op bezwaar stuit - op de voorwaarden van de Standaardpakketpolis. De aanvullende verzekering kan alsdan gehandhaafd blijven.

Art. 4 Premiebetaling

De verzekeringnemer is verplicht premie en/of kosten, alsmede de op basis van wettelijke regelingen opgelegde heffingen, te voldoen binnen 30 dagen nadat zij verschuldigd worden.

Indien het bedrag niet ten volle binnen genoemde termijn door de Zwolsche Algemeene is ontvangen, wordt de dekking opgeschort vanaf de eerste dag dat dit bedrag was verschuldigd.

Nadere ingebrekestelling door de Zwolsche Algemeene is hiervoor niet nodig. Verzekeringnemer blijft verplicht de premie en de kosten te voldoen waaronder de buitengerechtelijke incassokosten.

De verzekering wordt weer van kracht nadat de premie en de kosten door de Zwolsche Algemeene zijn ontvangen. Niet worden vergoed kosten die gemaakt zijn gedurende de termijn waarover de dekking opgeschort is geweest. De Zwolsche Algemeene behoudt zich het recht voor de verzekering bij achterstalligheid in de premiebetaling op te zeggen.

Art. 5 Premierestitutie

Verzekeringnemer heeft na tussentijdse beëindiging overeenkomstig artikel 3, recht op terugbetaling van premie over het tijdvak dat de verzekering niet meer van kracht is. Indien sprake is van een in artikel 3 in sub a. of b. vermelde omstandigheid, bestaat eerst recht op restitutie vanaf het moment dat de Zwolsche Algemeene hierover bericht heeft ontvangen.

Art. 6 Algemene bepalingen

1. Kalenderjaar

De kosten worden gerekend tot het kalenderjaar waarin de behandeling plaatsvindt. Indien een opname in een inrichting niet eindigt in het kalenderjaar waarin deze begon, mogen - zolang de opname ononderbroken voortduurt - uitsluitend de tijdens de opname gemaakte kosten voor verpleging en behandeling gerekend worden tot het kalenderjaar waarin de verzekerde werd opgenomen.

2. Eigen risico

Ingeval van beëindiging van de verzekering in de loop van een kalenderjaar vindt nimmer herberekening van het eigen risico plaats.

3. Vergoedingsperiode

Recht op vergoeding van ziektekosten en kosten van tandheelkundige hulp bestaat voor zover deze zijn gemaakt tijdens de duur van de verzekering. Indien de verzekering met betrekking tot een verzekerde eindigt, bestaat vanaf dat tijdstip geen recht meer op vergoeding van voor hem gemaakte kosten met uitzondering van de kosten van opname in een inrichting, indien die opname vóór dat tijdstip is aangevangen. In dat geval worden de kosten vergoed totdat die opname eindigt of voor langer dan een week wordt onderbroken.

4. Vrije keus

De verzekerde is vrij in de keuze van arts, behandelaar, verloskundige, tandarts, orthodontist en inrichting, alsmede in de keuze van de verpleegklasse.

5. Hogere verpleegklasse

Bij verpleging in een hogere klasse dan volgens de polis werd overeengekomen, worden de meerdere kosten van verpleging en behandeling niet vergoed.

Art. 7 Verzekeringsgebied

De verzekering van ziektekosten is in de gehele wereld van kracht.

Spoedgeval

Indien er sprake is van een spoedgeval (een ongeval of acuut optredende ziekte), tijdens een verblijf in het buitenland, vindt er volledige vergoeding van de kosten plaats.

Verzekerde is, ingevolge het bepaalde in artikel 9 sub 1, verplicht er voor te zorgen dat de Zwolsche Algemeene zo spoedig mogelijk van een opneming in een inrichting in kennis wordt gesteld.

Geen spoedgeval

Indien een verzekerde zich in het buitenland wil laten behandelen en/of opnemen, heeft de verzekerde recht op vergoeding van de kosten indien vooraf toestemming is gevraagd aan én is verkregen van de Zwolsche Algemeene.

De kosten van verpleging en behandeling in een inrichting in het buitenland worden vergoed voor zover de opneming de 365 dagen niet te boven gaat. Voor daarna gemaakte kosten wordt alleen vergoeding verleend indien vervoer naar Nederland om medisch noodzakelijke redenen niet verantwoord is.

De verzekering van kosten van tandheelkundige hulp (artikel 18 onder B) is alleen in Nederland van kracht.

Art. 8 Uitsluitingen

1. Molest

Niet worden vergoed de kosten welke zijn ontstaan door of verband houden met:

- a. gewapend conflict, burgeroorlog, opstand en muerij, van welke begrippen de definities door het Verbond van Verzekeraars in Nederland de dato 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage zijn gedeponeerd;
- b. atoomkernreactie of radioactiviteit, tenzij dit laatste verband houdt met een medische behandeling van de betrokken verzekerde.

2. Andere verzekeringen

Niet worden vergoed de kosten waarop verzekeringnemer of een verzekerde aanspraak kan maken uit hoofde van enige wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege of een andere dan deze overeenkomst.

Art. 9 Verplichtingen

De verzekeringnemer is verplicht ervoor te zorgen:

1. dat een opneming in een inrichting aan de Zwolsche Algemeene wordt gemeld, zodra van de noodzaak tot opneming is gebleken. Indien in verband met het spoedeisende karakter van de opneming melding vooraf niet mogelijk is, dient de melding uiterlijk binnen 3 dagen na de opneming plaats te vinden.
2. dat de nota's gespecificeerd zijn en uiterlijk binnen 3 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de kosten worden gemaakt bij de Zwolsche Algemeene worden ingediend. Op de nota's moet in ieder geval de naam van de behandelde verzekerde en de datum van de behandeling zijn vermeld, terwijl op de nota's voor geneesmiddelen ook de naam van degene op wiens voorschrift de middelen werden verstrekt, moet zijn vermeld.
Nota's die vervaardigd zijn met behulp van computer-programmatuur moeten voorzien zijn van een waarmerk van degene die de hulp heeft verleend respectievelijk de geneesmiddelen heeft verstrekt.

3. dat desgevraagd aan de Zwolsche Algemeene en aan de daartoe door haar aangewezen geneeskundige alles wordt meegedeeld wat met de ziekte of kwaal of gebrek verband houdt en dat aan bedoelde geneeskundige gelegenheid wordt gegeven tot onderzoek, ter plaatse en ten tijde als door deze wordt bepaald.

Het niet nakomen van deze verplichtingen heeft verlies van recht op vergoeding van kosten tot gevolg, indien en voor zover de belangen van de Zwolsche Algemeene hierdoor daadwerkelijk zijn geschaad. Het plegen van onrechtmatige handelingen om een hogere vergoeding te verkrijgen dan zonder die handelingen verschuldigd zou zijn, heeft verlies van elk recht op vergoeding van die kosten tot gevolg.

Art. 10 Vaststelling van het recht op vergoeding

Zodra de Zwolsche Algemeene alle door haar verlangde gegevens heeft ontvangen, neemt zij een beslissing over de aanspraak over vergoeding van kosten en over het bedrag daarvan.

De beslissing wordt aan degene die aanspraak op vergoeding kan maken schriftelijk meegedeeld.

Na vaststelling van de vergoeding wordt deze binnen 14 dagen uitbetaald.

Art. 11 Leeftijd, premie en eigen risico

De premie en het eigen risico is gebaseerd op de door de Zwolsche Algemeene gehanteerde normen van het Entree-Leeftijdstarief.

Art. 12 Herziening van tarieven en/of voorwaarden

Indien de Zwolsche Algemeene haar tarieven en/of voorwaarden voor verzekeringen van dezelfde soort als deze verzekering herzielt en in gewijzigde vorm bekend maakt, heeft zij het recht ook deze verzekering aan de nieuwe tarieven en voorwaarden aan te passen.

De Zwolsche Algemeene zal, indien zij van het recht van aanpassing gebruik maakt, verzekeringnemer voor of uiterlijk op de datum van invoering van de aanpassing daarvan mededeling doen. Over de periode van de datum van invoering van de aanpassing tot de eerstvolgende premievervaldag zal pro-rata navordering van premie kunnen plaatsvinden. Indien geen pro-rata navordering van premie plaatsvindt, gelden de nieuwe tarieven en voorwaarden per de eerstvolgende premievervaldag.

De verzekeringnemer heeft het recht om bedoelde aanpassing te weigeren tot 30 dagen na de datum van invoering. Indien hij van dit recht gebruik maakt, eindigt de verzekering op de datum van invoering of indien de weigering na die datum plaatsvindt, op de datum van weigering.

Maakt hij geen gebruik van dit recht, dan wordt hij geacht de aanpassing te hebben aanvaard. Het recht een aanpassing te weigeren en daarmee de verzekering te beëindigen heeft verzekeringnemer niet indien sprake is van een herziening die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen.

Art. 13 Adres

De verzekeringnemer dient elke adreswijziging van hemzelf of van een van de verzekerden terstond aan de Zwolsche Algemeene mee te delen.

Mededelingen van de Zwolsche Algemeene gericht aan de verzekeringnemer geschieden rechtsgeldig aan het laatst bij de Zwolsche Algemeene bekende adres.

Art. 14 Geschillen

Geschillen worden onderworpen aan de uitspraak van de bevoegde rechter te Utrecht.

Op verzoek van de verzekeringnemer worden geschillen die geen betrekking hebben op de geldigheid van de overeenkomst of op de premiebetaling voorgelegd aan een scheidsman of bindend adviseur. Deze wordt in onderling overleg benoemd. Bij gemis aan overeenstemming wordt hij benoemd door de President van de Rechtbank te Utrecht.

De scheidsman of de bindend adviseur doet als goed man naar billijkheid uitspraak omtrent het onderwerp van geschil, omtrent de aan zijn uitspraak verbonden kosten en omtrent de vraag wie van de partijen deze kosten dient te dragen.

Art. 15 Vervaltermijn

Indien de Zwolsche Algemeene meent tegenover een verzekerde geen verplichtingen te hebben, zal zij hem dit schriftelijk meedelen. Indien deze een geschil omtrent niet binnen 12 maanden na de datum van de beslissing aanhangig maakt bij de bevoegde rechter, wordt aangenomen dat de beslissing onvoorwaardelijk werd aanvaard.

Art. 16 Verjaringstermijn

Indien de melding van een schade niet plaatsvindt binnen 5 jaar na het moment waarop de verzekerde kennis kreeg of had kunnen krijgen van een gebeurtenis die tot een verplichting tot uitkering kan leiden, verjaart de vordering.

Art. 17 Regeling informatievoorziening

Klachten

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Klachten naar aanleiding van de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst kunnen schriftelijk worden ingediend bij

- de directie van de Zwolsche Algemeene of
- de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen.

Geschillen worden onderworpen aan de uitspraak van de bevoegde rechter te Utrecht.

Privacyreglement

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de Zwolsche Algemeene gevoerde persoonregistratie. Op deze registratie is een privacyreglement van toepassing.



Aanvullende Budget Ziektekostenverzekering Voorwaarden ABZ 0101

De aanvullende budget ziektekostendekking

Art. 18 De andere verzekeringen

De in het polisblad vermelde verzekerde is, naast het recht dat hij/zij heeft op vergoeding van ziektekosten krachtens de AWBZ, ook verzekerd bij :

- a. de Zwolsche Algemeene krachtens een Standaard-pakketpolis of
- b. een ziekenfonds krachtens de ziekenfondswet, hierna te noemen: de andere verzekering.

A Deze verzekering

De in

- artikel 7 (Verzekeringsgebied),
 - artikel 19 (Omvang van de aanvullende dekking) en
 - artikel 20 (Internationaal Service Certificaat)
- genoemde ziektekosten worden, binnen de grenzen van deze voorwaarden, slechts vergoed voor zover die kosten door die andere verzekering niet of niet volledig voor vergoeding in aanmerking komen.

B AWBZ

Niet worden vergoed :

1. de kosten waarop verzekeringnemer of een verzekerde aanspraak kan maken uit hoofde van de AWBZ;
2. de krachtens de AWBZ verschuldigde eigen risico's en/of bijdragen, tenzij deze betrekking hebben op de in artikel 19 vermelde omvang van de aanvullende dekking.

C Ziekenfonds

Betreft die andere verzekering een verzekering krachtens de ziekenfondswet, dan is verzekerde gehouden zijn aanspraak op verstrekkingen geldend te maken door zich te wenden tot een persoon (huisarts, tandarts), apotheek of een instelling met wie of welke het ziekenfonds, alwaar hij/zij is ingeschreven, tot dat doel een overeenkomst heeft gesloten.

Indien men, om welke reden dan ook, toch geen gebruik maakt van de voorzieningen van het ziekenfonds, zal de vergoeding krachtens deze verzekering plaats vinden onder aftrek van het bedrag dat men anders volgens de ziekenfondsverstrekking vergoed zou hebben gekregen. Verzekerde is verplicht om de nota's, waaronder ontvangen rekeningen voor eigen risico's en/of eigen bijdragen, zo snel mogelijk doch minstens eenmaal per kwartaal bij de Zwolsche Algemeene in te dienen. Zie ook het bepaalde in artikel 9, verplichtingen.

Art. 19 Omvang van de aanvullende dekking

De aanvullende dekking omvat vergoeding van de navolgende ziektekosten en tandheelkundige hulp van de verzekerden.

De vergoeding geschiedt onder aftrek van het eigen risico.

A Ziektekosten

A.1 Arts

De kosten van onderzoek en behandeling door een arts en van de door deze verstrekte of op recept voorgeschreven geneesmiddelen, verbandmiddelen en middelen ter voorkoming van zwangerschap.

A.2 Onderzoek, behandeling, verpleging

a. Opneming

De kosten van onderzoek, behandeling (waaronder geneesmiddelen) en verpleging in een inrichting.

b. Zorgbemiddeling

Als een behandeling op grond van een bestaande wachtlijst niet binnen een redelijke termijn kan plaatsvinden, zal de Zwolsche Algemeene op een daartoe strekkend verzoek onderzoeken of eerdere behandeling mogelijk is.

c. Thuisverpleging

De kosten van hulp door een gediplomeerde verpleegkundige ten huize van verzekerde, alsmede de direct hiermee verband houdende kosten teneinde de verpleging adequaat te kunnen uitvoeren.

Aanspraak op vergoeding bestaat alleen:

- indien er anders een behandeling en verpleging in een inrichting moet plaatsvinden;
- na voorafgaande goedkeuring door de Zwolsche Algemeene.

d. Nierdialyse

De kosten van nierdialyse. Indien de dialyse thuis plaatsvindt, bestaat eveneens recht op vergoeding van de overige hiermee verband houdende noodzakelijke kosten, zoals de kosten van gas, licht, water en bewassing, het aanpassen van de woning, de inrichting van een behandelkamer en de kosten van herstel van de oude situatie bij beëindiging van de behandeling.

Recht op vergoeding van de bijkomende kosten bestaat alleen na voorafgaande goedkeuring door de Zwolsche Algemeene.

e. Preventie

De kosten van preventieve onderzoeken, vaccinaties en inentingen.

f. Lidmaatschap patiëntenvereniging en regionale kruisorganisatie

Vergoed worden de kosten van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumentenfederatie. Eveneens worden de kosten vergoed van het lidmaatschap van één regionale kruisvereniging. Vergoeding wordt verleend tegen het overleggen van een kopie van het bewijs van inschrijving en het betalingsbewijs.

g. Overige behandelingen

1. Alternatieve geneeskunde

De kosten van consulten en behandelingen van een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent en is aangesloten bij een landelijke beroepsvereniging.

De bij deze geneeskunde voorgeschreven genees- en verbandmiddelen worden vergoed tot een maximum van NLG 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

2. Reguliere geneeskunde

De kosten van herstelbevorderende behandelingen, alsmede de daarbij voorgeschreven genees- en verbandmiddelen.

Ter zake van g.1 en g.2 geldt dat niet worden vergoed de kosten van hulp en begeleiding door personen of instellingen, al dan niet ingeschakeld bij een medische behandeling, die zich (mede) bewegen op sociaal, maatschappelijk of onderwijskundig terrein.

3. In vitro fertilisatie

De kosten van maximaal 3 in vitro fertilisatiebehandelingen in een ziekenhuis gedurende de gehele looptijd van de verzekering.

Recht op vergoeding van de kosten bestaat uitsluitend indien vooraf toestemming en goedkeuring van de Zwolsche Algemeene is verkregen.

4. Psycholoog/psychotherapeut

De kosten van onderzoek en behandeling door een psycholoog/psychotherapeut worden vergoed tot een maximum van NLG 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar.

A.3 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 Regeling hulpmiddelen – zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld – vergoed, met dien verstande dat brillen en/of contactlenzen worden vergoed tot een maximum van NLG 500,- per verzekerde per 3 kalenderjaren.

Deze Regeling maakt deel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar.

A.4 Vervoer

De kosten van vervoer van een verzekerde van en naar een behandelaar en/of behandelende instantie, voor zover dat vervoer uitsluitend verband houdt met onderzoek en behandeling van die verzekerde en vanwege diens gezondheidstoestand niet kan plaatsvinden met openbaar vervoer.

Recht op vergoeding van de kosten van een taxi of het gebruik van de eigen of een gehuurde auto bestaat alleen indien een verklaring van een arts wordt overgelegd, waaruit blijkt om welke medische redenen geen gebruik van het openbaar vervoer kan worden gemaakt.

Bij gebruik van de eigen auto bedraagt de vergoeding NLG 0,60 per kilometer en wordt deze berekend over een reisafstand in kilometers tussen de woning van de verzekerde en de inrichting.

A.5 Verloskundige, Kraamzorg

- a. De kosten van onderzoek en behandeling door een verloskundige en de kosten van verzorging bij bevalling en kraambed door een daartoe bevoegde instelling.
- b. De kosten van verzorging bij bevalling en kraambed door een voor eigen rekening werkende, gediplomeerde kraamverzorgster of gediplomeerde verpleegkundige, met een maximum van 8 dagen en tevens een maximum van 64 uren.
- c. De kosten van een door een arts of verloskundige voorgeschreven kraampakket.

A.6 Vaste geboorte-uitkering

In plaats van vergoeding van de kosten van kraamzorg als omschreven in sub A.5, kan verzekerde kiezen voor een uitkering ter grootte van NLG 2.400,-.

Indien de bevalling plaats vindt in een inrichting, wordt voor de periode die de moeder daar na de bevalling verblijft op deze uitkering NLG 300,- per dag in mindering gebracht.

A.7 Verblifskosten ouder

De kosten van verblijf van een ouder in een speciaal daarvoor bestemd verblijfhuis, zoals een Ronald McDonaldhuis, ingeval er sprake is van de opnemings in een inrichting van een meeverzekerd kind.

A.8 Kinderopvang

Indien op de polis kinderen tot en met het kalenderjaar waarin men 15 jaar wordt en die nog thuis wonen, zijn meeverzekerd, wordt een uitkering van NLG 35,- per dag verstrekt indien een van de meeverzekerde ouders langer dan 5 dagen is opgenomen in een inrichting. Recht op vergoeding bestaat tot uiterlijk de ontslagdatum uit de inrichting.

A.9 Orgaantransplantatie

De kosten van behandeling en verpleging van een donor, ook indien deze niet een verzekerde is. Deze kosten worden vergoed op basis van de tarieven geldende voor de verpleegklasse waarvoor de verzekerde, ontvanger van het orgaan, is verzekerd.

B Tandheelkundige hulp

B.1 Kaakchirurg

De kosten van onderzoek en behandeling door een kaakchirurg.

B.2 Parodontologie

De kosten van parodontologische behandeling door een tandarts.

B.3 Orthodontie

De kosten van orthodontische behandeling door een tandarts of orthodontist, alsmede de kosten van de aan te brengen losse en/of vaste apparatuur.

B.4 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 hier de volgende afwijkingen :

- a. Het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen minstens 10 dient te zijn;
- b. Een kaakgewrichtsafwijking, als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts, algemeen practicus, bv. door inslijpen en opbeetplaten niet tot het gewenste resultaat heeft geleid;
- c. Een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn;
- d. Een lip-, kaak- of verhemeltespleet;
- e. Een uitgebreid defect aan de mond, kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling;
- f. Een kaakorthopedische afwijking, doch uitsluitend indien deze door middel van een osteotomie behoort te worden gecorrigeerd en daarbij een prothetische voor- of nabehandeling noodzakelijk is.

Aanspraak op vergoeding van deze onder B.4 genoemde kosten bestaat uitsluitend indien :

- de behandeling plaatsvindt in een Tandheelkundig Centrum;
- Zwolsche Algemeene op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door haar goedgekeurd behandelingsplan, tevoren toestemming heeft gegeven, bij welke toestemming nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

Het recht op vergoeding beperkt zich tot die tandheelkundige behandelingen welke noodzakelijk worden geacht om de afwijking te compenseren en die betrekking hebben op het gedeelte van het kauwstelsel waar de afwijking zich manifesteert.

Geen toestemming wordt verleend :

- indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is;
- voor behandelingen die niet noodzakelijkerwijs in een Tandheelkundig Centrum dienen plaats te vinden.

B.5 Kinderen

Alleen voor kinderen worden, behalve de hiervoor onder B1 t/m B4 genoemde kosten, eveneens vergoed:

- a. de bijdragen aan een school- of kleutertandverzorgingsdienst;
- b. de kosten van onderzoek en behandeling door een tandarts.

De vergoeding van deze onder a en b genoemde kosten vindt plaats tot en met het kalenderjaar waarin de 21-jarige leeftijd wordt bereikt. Niet vergoed worden de kosten van tandheelkundige kunst- en hulpmiddelen.

C Uitsluitingen

Niet worden vergoed :

- a. de kosten van vormverbeterende behandelingen/operaties van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van een ongeval of ziekte, dan wel een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.
- b. de kosten van onderzoek en behandeling in een niet-erkende inrichting.



Aanvullende Budget Ziektelkostenverzekering

Voorwaarden ABZ 0101

Internationaal Service Certificaat

Art. 20 Algemeen

Een verzekerde heeft recht op de hierna omschreven dienstverlening en vergoeding van kosten in het buitenland; het in het polisblad vermelde eigen risico is hierbij niet van toepassing.

De kosten van de dienstverlening, waar ook ter wereld, komen uitsluitend voor rekening van de Zwolsche Algemeene indien daartoe opdracht is gegeven door de Schade Alarm Service (SAS) te Arnhem of daarvoor door de Zwolsche Algemeene toestemming is gegeven.

De hierna omschreven dienstverlening en/of kostenvergoeding wordt niet verleend indien hierop aanspraak bestaat krachtens een reisverzekering.

Omvang van de dekking

Een verzekerde heeft in het buitenland recht op:

A Bij ziekte/ ongeval van verzekerde

- een garantie op een rechtstreekse betaling van de verpleeg- en behandelingskosten aan de inrichting, waar verzekerde is opgenomen;
- zonodig een of meerdere voorschotbetalingen;
- vergoeding van de repatriëringkosten, uitsluitend na voorafgaand overleg met en goedkeuring door de SAS;
- ingeval van opname in een inrichting vergoeding van de reiskosten van een eenmalig bezoek door een gezinslid, indien repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan;
- toezending van medicijnen;
- vergoeding van noodzakelijke extra verblijfskosten van verzekerde, indien repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan.

B Bij overlijden van verzekerde

- vergoeding van de repatriëringkosten of
- vergoeding van begrafeniskosten/ crematiekosten in het buitenland, alsmede
- de kosten van overkomst van gezinsleden en wel tot een maximum bedrag van NLG 5.000,-.

C Bij telefoon/ telex/ telegraaf en faxverkeer

De noodzakelijk gemaakte kosten van contact met de SAS en/of derden tot een maximum van NLG 500,- per gebeurtenis.

D Kosten van opsporing en redding van verzekerden

Indien een verzekerde tijdens het verblijf in het buitenland in een noodsituatie belandt waardoor kosten voor opsporing en/of redding moeten worden gemaakt die voor rekening van verzekerde komen, bestaat recht op vergoeding van die kosten tot een maximum van NLG 25.000,-.