

Extra Zekerheid Pakket Particulier

Inhoudsopgave	Artikelnummer
Algemene Verzekeringsvoorwaarden	
Definities	1
Begripsomschrijving	2
Grondslag van de verzekering	3
Aanmelding en aanvang verzekering	4
Premie	5
Herziening van premie en/of verzekeringsvoorwaarden	6
Strekking van de verzekering	7
Indiening en vergoeding van de nota's en verval vorderingsrecht	8
Dekkingsgebied	9
Samenloop van verzekeringen	10
Verhaal tegenover derden	11
Aanspraak op toezeggingen	12
Opschorting dekking/vervallen rechten	13
Gezins- en adreswijziging	14
Duur en beëindiging van de verzekering	15
Opzegging van de verzekering door de Maatschappij	16
Geschillen	17
Persoonsgegevens	18
Niet voorziene gevallen	19
Slotbepaling	20
Omvang van de Dekking	
Niet of buiten GVS-middelen (Geneesmiddelenvergoedingssysteem)	1
Plaswaker	2
Therapeutische hulp	3
Diëtist	4
Bezoekkostenregeling ziekenhuis	5
Tandheelkundige kosten die rechtstreeks verband houden met een ongeval	6
Artikel 7, 8 en 9 zijn niet van toepassing op deze verzekering.	
Gezins hulp/perinatale hulp	10
Brilmontuur en glazen of contactlenzen	11
Ronald McDonald Huis	12
Verblijf in herstellingsoorden	13
Therapeutisch kamp voor astmatische kinderen	14
Sport Medisch Adviescentrum (SMA)	15
Steunzolen/inlays/push-brace	16
Buitenlandpreventiepakket/preventieve geneeskunde	17
Eigen bijdrage hulpmiddelen	18
Orthopedagogische hulp	19

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

ARTIKEL 1 Definities

- 1.1 **Maatschappij:** Ziektekosten Verzekeringsmaatschappij AnderZorg N.V.
- 1.2 **Verzekeringnemer:** Degene die de verzekeringsovereenkomst met de Maatschappij is aangegaan.
- 1.3 **Verzekerde:** Ieder die op de polis als zodanig staat vermeld.

ARTIKEL 2 Begripsomschrijving

- 2.1 **Apotheker:** Een in Nederland gevestigde apotheker, die wettelijk bevoegd is tot de uitoefening van de artsenijsbereidkunst.
- 2.2 **Arts:** Ieder in het bezit van het artsdiploma, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 2.3 **Boekjaar/kalenderjaar:** De periode van 1 januari tot en met 31 december van enig jaar.
- 2.4 **CTG:** College Tarieven Gezondheidszorg.
- 2.5 **Diëtist:** Een in Nederland gevestigde voeding- en dieetvoorlichtingsdeskundige, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut” en lid is van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD).
- 2.6 **Fysiotherapeut:** Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 2.7 **Hoofdverzekering:** De door de Maatschappij 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 de Maatschappij, niet zijnde de aanvullende verzekering(en) die in combinatie met de hiervoor genoemde hoofdverzekeringen bij de Maatschappij kunnen worden afgesloten
- 2.8 **Huidtherapeut:** Een in Nederland gevestigde huidtherapeut die in het bezit is van een erkend diploma en is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH).
- 2.9 **Huisarts:** Een in Nederland gevestigde arts die als huisarts is ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent.
Onder het uitoefenen van de algemene praktijk wordt verstaan het verlenen van huisartsenhulp zowel ten huize van de verzekerde als op het spreekuur van de arts.
- 2.10 **Medisch adviseur:** De door de Maatschappij aangewezen arts die de Maatschappij in medische aangelegenheden adviseert.
- 2.11 **Oefentherapeut César/Mensendieck:** Een in Nederland gevestigde oefentherapeut César/Mensendieck, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.

2.12 Ongeval: Elke gebeurtenis waarbij de verzekerde plotseling wordt getroffen door een van buitenkomende inwerking van geweld op het lichaam, waardoor in één ogenblik lichamelijk letsel wordt toegebracht en als gevolg hiervan dit letsel medisch is vast te stellen.

2.13 Orthopedagoog: Een in Nederland gevestigde orthopedagoog die geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie en aangesloten is bij de Nederlandse Vereniging van Orthopedagogen.

2.14 Podotherapeut: Een in Nederland gevestigde podotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut" en is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Podotherapie (NVP).

2.15 Specialist: Een in Nederland gevestigde arts, die staat ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

2.16 Verzekeringsduur: In de "Omvang van de Dekking" wordt onder de term verzekeringsduur verstaan de duur van de bestaande relatie tussen de Maatschappij en de verzekerde, ook indien deze op enig moment voor korte of langere tijd onderbroken wordt.

2.17 Wachtermijn: Een krachtens de verzekeringsvoorwaarden geldende of anderszins overeengekomen termijn, die een aanvang neemt bij het ingaan van de verzekering en binnen welke termijn geen aanspraak op vergoeding kan worden gemaakt.

2.18 Wet BIG: Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

2.19 Ziekenhuis: Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten, alsmede het Nederlands Astmacentrum te Davos.

ARTIKEL 3 Grondslag van de verzekering

3.1 Het aanmeldingsformulier met de daarin door de verzekeringnemer of de verzekerde gedane al dan niet eigenhandig geschreven mededelingen, alsmede eventuele schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk door de verzekeringnemer of verzekerde verstrekt, gelden als grondslag van deze verzekering en worden geacht met de polis één geheel uit te maken.

3.2 Deze aanvullende verzekering is gekoppeld aan de hoofdverzekering. Indien de hoofdverzekering wordt beëindigd, vervalt het recht op inschrijving in deze verzekering.

ARTIKEL 4 Aanmelding en aanvang verzekering

4.1 Bij het aangaan van de verzekering kan men in het algemeen volstaan met het invullen van een aanmeldingsformulier met een vereiste gezondheidsverklaring van de aspirant-verzekerde. Na acceptatie door de Maatschappij, geadviseerd door de medisch adviseur, gaat de verzekering in op de datum die door de Maatschappij op de polis is vermeld.

4.2 Deze verzekering kan worden afgesloten door particulier verzekerden met een ziektekostenverzekering van de Maatschappij.

4.3 Alleen personen, die de leeftijd van 65 jaar nog niet hebben bereikt, kunnen op deze verzekering verzekerd worden.

4.4 De aanvraag kan zonder opgaaf van redenen door de Maatschappij geweigerd worden.

ARTIKEL 5 Premie

5.1 De premie wordt vastgesteld op basis van de gemaakte kosten en de noodzakelijke voorzieningen en reserveringen.

5.2 De in rekening te brengen premie dient op de premievervaldatum van de nota te zijn voldaan. Het is verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van de Maatschappij te vorderen vergoedingen.

5.3 Indien er een premiebetalende verzekerde is, dan is men voor kinderen t/m 15 jaar geen premie verschuldigd.

5.4 Voor kinderen t/m 15 jaar is de volledige premie verschuldigd, indien zij als enigen op het bewijs van inschrijving als verzekerden staan vermeld.

5.5 De premie is verschuldigd vanaf de datum van inschrijving. Indien de verzekering niet op de 1e van een maand aanvangt, zal de verschuldigde premie voor de eerste maand naar rato berekend worden.

De premiebetaling eindigt bij beëindiging van de verzekering. Indien deze beëindiging niet plaatsvindt op de laatste dag van enig maand, zal naar rato de teveel betaalde premie gerestitueerd worden.

ARTIKEL 6 Herziening van voorwaarden, premies en/of risico

6.1 De Maatschappij heeft het recht de verzekeringsvoorwaarden, de premies en/of de eigen risico's en bloc danwel regionaal en bloc of groepsgewijs -op een door de Maatschappij vast te stellen datum- te herzien. Bij een (procentuele) premieverhoging zal de verhoging worden berekend over de op dat moment van toepassing zijnde premie. Bij een (procentuele) verhoging van het eigen risico zal de verhoging worden berekend over het van toepassing zijnde eigen risico.

6.2 In geval de herziening de aanspraken voortvloeiend uit de verzekeringsovereenkomst beperkt en/of de premie en/of het eigen risico wordt verhoogd, dan heeft verzekeringnemer -met inachtneming van het gestelde in lid 6.3 en 6.4- het recht de verzekeringsovereenkomst schriftelijk te beëindigen. Indien voornoemde beperking van de aanspraken en/of premieverhoging en/of eigen risicoverhoging alleen betrekking heeft op een of meer aanvullende verzekeringen, dan kunnen alleen deze aanvullende verzekeringen schriftelijk worden beëindigd en niet de hoofdverzekering.

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

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

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

ARTIKEL 7 Strekking van de verzekering

Voor elk op de polis of in een aanhangsel genoemde verzekerde wordt vergoeding verleend van kosten voor de verstrekkingen, zoals deze staan omschreven in de "Omvang van de Dekking".

ARTIKEL 8 Indiening en vergoeding van de nota's en verval vorderingsrecht

8.1 Met inachtneming van hetgeen elders in de verzekeringsvoorwaarden is bepaald, dient de verzekeringnemer er zorg voor te dragen dat binnen een half jaar na de dagtekening van de originele nota deze bij de Maatschappij is ingediend.

8.2 Alle originele nota's dienen op een zodanige wijze gespecificeerd te zijn, dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de Maatschappij is gehouden. Kopienota's worden door de Maatschappij niet in behandeling genomen. Computernota's dienen door de hulpverlener door middel van handtekening en naamstempel te zijn gewaarmerkt. De uitkering op de originele nota kan nooit meer bedragen dan de werkelijk gemaakte kosten.

8.3 Met inachtneming van hetgeen elders in de verzekeringsvoorwaarden is bepaald, worden ten hoogste de tarieven vergoed, zoals deze zijn vastgesteld door het CTG.

8.4 Elke vordering van een verzekerde jegens de Maatschappij vervalt, indien de originele nota's niet binnen 1 jaar na dagtekening van de nota bij de Maatschappij zijn ingediend.

8.5 Het indienen van de nota('s) dient vergezeld te gaan van het polisnummer en de aantekening of de nota wel of niet is betaald en deze te zenden naar het centrale correspondentieadres van de Maatschappij:

**Ziektekosten Verzekeringsmaatschappij
AnderZorg N.V.
Postbus 11072
9700 CB GRONINGEN.**

ARTIKEL 9 Dekkingsgebied

9.1 De dekking van deze aanvullende verzekering is uitsluitend geldig binnen Nederland.

9.2 Woonachtig in Nederland, zorg in een andere lidstaat van de EU/EER

Medische zorg in een andere EU/EER-lidstaat (na voorafgaande toestemming):

- a. Recht op vergoeding bestaat voor de kosten die verband houden met zorg in een andere EU/EER-lidstaat, niet zijnde spoedeisende zorg, tot ten hoogste 100% van de kosten indien de zorg in Nederland zou zijn verstrekt en krachtens de verzekeringsvoorwaarden zouden zijn vergoed. De in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen maximale vergoeding en/of eigen risico's zijn ook op deze kosten van toepassing.
- b. Geen recht op vergoeding bestaat voor de kosten van vervoer naar en van het buitenland. Verzekerden wordt aanbevolen in een voorkomend geval vooraf met de Maatschappij contact op te nemen, opdat vooraf duidelijkheid wordt verkregen over de exacte hoogte van de vergoeding in dat specifieke geval.

ARTIKEL 10 Samenloop van verzekeringen

Indien, zo deze verzekeringsovereenkomst niet bestond, door verzekeringnemer of verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, enigerlei subsidie-regeling 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 verstrekingen kan worden gemaakt, dan is onderhavige overeenkomst eerst in de laatste plaats geldig.

ARTIKEL 11 Verhaal tegenover derden

11.1 Bij mogelijke aanspraken jegens derden is de verzekerde verplicht de Maatschappij ten spoedigste daarvan in kennis te stellen.

11.2 De verzekerde is in dit geval gehouden de door de Maatschappij wenselijk geachte medewerking te verlenen om haar in staat te stellen de kosten op de aansprakelijke derden te verhalen. Bij het in gebreke blijven hiervan vervalt het recht op vergoeding en heeft de Maatschappij het recht de uitgekeerde bedragen terug te vorderen.

11.3 De verzekerde is niet gerechtigd enigerlei toezeggingen te doen of kwijting te verlenen, zonder vooraf schriftelijke toestemming van de Maatschappij te hebben ontvangen.

ARTIKEL 12 Aanspraak op toezeggingen

Uitsluitend wanneer de Maatschappij telefonische of mondelinge toezeggingen schriftelijk heeft bevestigd, kan door verzekerde aanspraak worden gemaakt op vergoeding van de betreffende verstreking(en).

ARTIKEL 13 Opschorting dekking/vervallen rechten

13.1 Bij niet betaling van de premie en wettelijke bijdragen binnen 30 dagen na de premieveraldatum, vervalt het recht op vergoeding, terwijl de verplichting tot premiebetaling blijft bestaan. Ingebrekestelling door de Maatschappij is hiervoor niet nodig.

13.2 Vanaf de eerste dag waarover de achterstallige premie verschuldigd is, tot aan de dag volgend op de dag waarop de achterstallige premie alsnog is voldaan, vervalt het recht op vergoeding; dat wil zeggen dat er geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoedingen van kosten betreffende medische hulp of de verwachting daarvan en alle medische kosten die hieruit voortvloeien en die tijdens genoemd tijdvak zijn ontstaan, ondanks eventueel eerder afgegeven garantieverklaringen en/of schriftelijke toezeggingen.

13.3 De dekking wordt weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten van invordering door de Maatschappij zijn ontvangen.

13.4 Indien de Maatschappij maatregelen treft tot incasso van haar vordering, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, voor rekening van de verzekeringnemer.

13.5 Geen rechten aan deze verzekering kunnen worden ontleend in geval verzekerde zich ten tijde van het ontstaan van de medische kosten buiten Nederland heeft gevestigd c.q. zijn/haar vaste woon- of verblijfplaats in het buitenland heeft.

ARTIKEL 14 Gezins- en adreswijziging

14.1 De verzekeringnemer dient aan de Maatschappij schriftelijk mededeling te doen van alle wijzigingen zoals: verandering van adres, verandering van gezinssamenstelling en overlijden en wel binnen één maand nadat de wijziging heeft plaatsgevonden.

14.2 Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bij de Maatschappij bekend adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

ARTIKEL 15 Duur en beëindiging van de verzekering

15.1 Bij toetreding op 1 januari wordt de verzekering aangegaan voor de duur van het kalenderjaar en wordt daarna stilzwijgend van jaar tot jaar verlengd.

15.2 In geval de verzekering in de loop van een kalenderjaar aanvangt, wordt de overeenkomst voor het lopende kalenderjaar aangegaan én het daarop volgende kalenderjaar, met dien verstande dat de verzekering daarna stilzwijgend van jaar tot jaar wordt verlengd.

15.3 Opzegging van de verzekering dient vóór 1 oktober van enig jaar bij aangetekend schrijven in het bezit te zijn van de Maatschappij.

15.4 Tussentijdse beëindiging kan alleen plaatsvinden:

- door overlijden van een verzekerde
- door vestiging in het buitenland
- bij beëindiging van de hoofdverzekering van de Maatschappij op de bijzondere gronden, die voor de hoofdverzekering van toepassing zijn
- bij premieverhoging.

ARTIKEL 16 Opzegging van de verzekering door de Maatschappij

16.1 De Maatschappij is generlei vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen, indien de verzekeringnemer niet aan de betalingsverplichtingen jegens de Maatschappij binnen de gestelde termijnen heeft voldaan, terwijl de verplichting tot betaling met betrekking tot de vordering blijft bestaan.

16.2 De Maatschappij kan de verzekering beëindigen, in geval:

- a. de verzekerde in strijd met de reglementen of besluiten van de Maatschappij handelt;
- b. de verzekerde de Maatschappij op onredelijke wijze benadeelt;
- c. de verzekerde niet meer in Nederland woonachtig is;
- d. verzekeringnemer of verzekerde zich jegens de Maatschappij schuldig maakt aan bedrog, het opzettelijk doen van onjuiste mededelingen of andere ernstige misdragingen.

ARTIKEL 17 Geschillen

Indien verzekerde zich niet met een beslissing van de Maatschappij 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 Maatschappij, ter attentie van de afdeling KBB, Postbus 11072, 9700 CB te Groningen. De Maatschappij 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 Maatschappij te zijn bevestigd.

Het vorenstaande is eveneens van toepassing indien verzekerde klachten heeft over de totstandkoming en/of de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst door de Maatschappij.

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

Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

ARTIKEL 18 Persoonsgegevens

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden door de Maatschappij gebruikt voor het accepteren van een aanvraag, het uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst en de wettelijke regelingen. Tevens worden persoonsgegevens gebruikt voor overige activiteiten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering, zoals ten behoeve van fraudepreventie of om te informeren over relevante producten en diensten. Voor nadere informatie kan de website www.anderzorg.nl worden bezocht.

ARTIKEL 19 Niet voorziene gevallen

In alle gevallen, waarin deze verzekeringsvoorwaarden niet voorzien, beslist de Maatschappij.

ARTIKEL 20 Slotbepaling

Deze verzekeringsvoorwaarden treden in werking op 1 januari 2003. Alle voorgaande verzekeringsvoorwaarden komen hiermee te vervallen.

Omvang van de Dekking

ARTIKEL 1 Niet of buiten GVS-middelen (Geneesmiddelenvergoedingssysteem)

Mits op voorschrift van een arts, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige worden tot maximaal € 226,89 per verzekerde per kalenderjaar de kosten van geregistreerde geneesmiddelen vergoed die buiten het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) vallen en op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd.

Het voorgeschreven geneesmiddel dient te worden afgeleverd onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudende huisarts.

Niet vergoed worden de kosten van:

- homeopatische, antroposofische en fytotherapeutische middelen;
- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland;
- de eigen bijdrage, die krachtens het GVS-systeem wordt opgelegd.

ARTIKEL 2 Plaswekker

Mits op voorschrift van de behandelend kinderarts worden de huurkosten van een plaswekker door de Maatschappij vergoed voor de duur van maximaal drie maanden. De kosten van vervangende batterijen komen voor rekening van verzekerde.

Eventuele verzend- en administratiekosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

ARTIKEL 3 Therapeutische hulp

Huidtherapie

Mits op voorschrift van de specialist en indien de behandeling geschiedt door een erkend huidtherapeut, bestaat na voorafgaande schriftelijke toestemming van de Maatschappij recht op de volgende vergoedingen:

a. camouflagetherapie

Een éénmalige vergoeding per verzekerde tot maximaal € 453,78, indien de verzekerde sterk ontsierende littekens of ontsierende huidvlekken in het gelaat en hals heeft. In de vergoeding zijn tevens inbegrepen de kosten van de lessen, alsmede de voor de lessen noodzakelijke pasta's, crèmes en poeders.

b. lymfedrainage

Per verzekerde wordt maximaal € 34,03 per behandeling vergoed met een maximum aantal van 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

c. acné-behandeling

Per verzekerde wordt éénmalig een vergoeding verleend van de in rekening gebrachte kosten in verband met acné-behandeling tot maximaal € 181,51 voor de gehele verzekeringsduur.

ARTIKEL 4 Diëtist

Op verwijzing van de huisarts of specialist worden de consulten bij een diëtist(e) vergoed. De maximale vergoeding bedraagt € 129,32 per verzekerde per kalenderjaar.

ARTIKEL 5 Bezoekkostenregeling ziekenhuis

Indien een op deze polis verzekerde persoon in een ziekenhuis is opgenomen, wordt in verband met ziekenbezoek een bijdrage verstrekt in de voor rekening van een op deze polis meeverzekerd familielid komende kosten van vervoer, met inachtneming van de navolgende bepalingen:

- a. de bijdrage wordt uitsluitend verleend na voorafgaande schriftelijke toestemming van de Maatschappij
- b. het gezinslid is opgenomen in een in Nederland door de bevoegde overheidsinstantie erkende instelling, welke is gelegen op een afstand van minimaal 30 kilometer en maximaal 100 kilometer (over de weg) van het woonadres van het betrokken gezinslid. De afstand tussen de instelling en het woonadres wordt gerekend over de kortste weg
- c. indien van de eigen auto gebruik wordt gemaakt, verstrekt de Maatschappij ongeacht het aantal inzittenden een bijdrage op basis van € 0,20 per gereden kilometer
- d. in geval verzekerde van het openbaar vervoer gebruik maakt, wordt door de Maatschappij bij het overleggen van een geldig vervoersbewijs voor maximaal twee gezinsleden een bijdrage verstrekt. Uit de datum en de bestemming van dit bewijs moet duidelijk kunnen worden opgemaakt, dat de kosten van het vervoer verband houden met het ziekenbezoek aan het gezinslid
- e. de in lid c. en d. genoemde bijdragen worden verleend tot ten hoogste 3 bezoeken per patiënt per opname voor maximaal twee ziekenhuisopnamen per kalenderjaar
- f. bij een aaneengesloten verblijf van 365 dagen in een instelling als bedoeld in lid b, wordt de bijdrage voor het vervoer gemaximeerd op basis van 12 bezoeken gedurende het eerste jaar van het verblijf in de instelling.

ARTIKEL 6 Tandheelkundige zorg

6.1 Tandheelkundige zorg inzake stifttanden, kronen en dummy's

In geval van tandheelkundige behandeling kan verzekerde aanspraak maken op de vergoeding van kosten voor stifttanden, kronen en dummy's. De vergoeding bedraagt maximaal € 158,82 per element tot een maximum van € 453,78 per drie jaar.

6.2 Tandheelkundige-prothetische zorg

In geval van tandheelkundige-prothetische zorg kan verzekerde éénmaal per vijf jaar aanspraak maken op een bijdrage in de kosten voor een gebitsprothese, die is geleverd door een tandarts/tandprotheticus/tandtechniker. De hoogte van de vergoeding bedraagt respectievelijk € 158,82 voor een volledige prothese (P30), € 90,75 voor een onder- (P25) en € 68,06 voor een bovenprothese (P21).

6.3 Voor de in lid 1 en 2 van dit artikel genoemde verstrekkingen geldt een wachtermijn van één jaar, gerekend vanaf de datum van inschrijving.

Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van reparatie(s).

6.4 Tandheelkundige kosten die rechtstreeks verband houden met een ongeval

In geval van een ongeval vergoedt de Maatschappij de hierop betrekking hebbende tandheelkundige kosten tot ten hoogste € 453,78 per verzekerde per gebeurtenis, mits deze kosten niet te verhalen zijn op (aansprakelijke) derden en/of andere verzekeringen en/of hiervoor bestaande voorzieningen, al dan niet van oudere datum.

Per 12 maanden wordt terzake van één ongeval vergoeding verleend, waarbij de 12-maanden periode ingaat op de datum van het ongeval.

ARTIKEL 7, 8 en 9 zijn niet van toepassing op deze verzekering.

ARTIKEL 10 Gezins hulp/prenatale hulp

Uitsluitend na voorafgaande schriftelijke toestemming van de Maatschappij wordt maximaal € 4,53 per uur voor de kosten van gezins hulp tot ten hoogste € 680,67 per kalenderjaar per polis vergoed.

Voor gezinshulp indien:

- deze hulp aansluit en rechtstreeks verband houdt met een voorafgaande ziekenhuisopname van tenminste zeven dagen van verzekerde, én
- de gezinshulp door een erkende instelling wordt verleend, én
- de medische noodzaak voor gezinshulp kan worden aangetoond.

Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van gezinshulp, indien de opname verband houdt met een bevalling.

Voor prenatale hulp indien:

- een ziekenhuisopname van een verzekerde in verband met dreigende vroeggeboorte vanaf de 28ste week tot 2 weken vóór de uitgerekende bevallingsdatum kan worden voorkomen, kan de verzekerde aanspraak maken op prenatale hulp in de thuissituatie onder begeleiding van een verloskundige en gynaecoloog.

Vergoeding kan alleen plaatsvinden, indien daartoe vooraf schriftelijk toestemming is verkregen van de Maatschappij naar aanleiding van een door de behandelend gynaecoloog ingediend verzoek met medische indicatie, én

- de gezinshulp door een erkende instelling wordt verleend.

ARTIKEL 11 Brilmontuur en glazen of contactlenzen

11.1 Voor de aanschaf van een brilmontuur en glazen of contactlenzen verstrekt de Maatschappij ten hoogste éénmaal per drie jaar per verzekerde een bijdrage van maximaal € 45,37 voor een brilmontuur en € 45,37 per glas (maximaal twee glazen) of éénmaal per drie jaar tot een maximum van € 136,12 voor contactlenzen. Contactlensvloeistof komt niet voor vergoeding in aanmerking. Voor de in dit lid genoemde verstrekkingen geldt een wachtermijn van 1 jaar, gerekend vanaf de datum van inschrijving.

11.2 Wanneer voor kinderen tot 16 jaar tussentijdse vervanging van brillenglazen op advies van de oogarts in verband met verandering van oogsterkte noodzakelijk is, worden de kosten vergoed conform de bedragen, genoemd in lid 1 van dit artikel.

ARTIKEL 12 Ronald McDonald Huis

Vergoed worden de kosten van verblijf in een Ronald McDonald Huis van de verzekerde verzorgende(n)/ouder(s) in verband met een in het ziekenhuis opgenomen meeverzekerd kind.

ARTIKEL 13 Verblijf in herstellingsoorden

Voor het verblijf in herstellingsoorden wordt inzake de werkelijke kosten van verpleging door de Maatschappij éénmaal per vijf jaar per verzekerde een vergoeding verleend van € 45,37 per dag, doch met een maximale vergoeding van € 1134,45. De herstellingsoorden die onder deze regeling vallen zijn: "Daidalos" te Driebergen, "De Kim" te Noordwijk aan Zee, "Overbosch" te Hilversum, "De Wiltzang" te Bilthoven en "Het Wilhelminahuis" te Valburg.

Bovengenoemde vergoeding wordt uitsluitend verleend, indien de opname in het herstellingsoord door de behandelend arts is voorgeschreven en na voorafgaande toestemming van de Maatschappij. Er vindt geen vergoeding plaats voor het verblijf in een drugs- en/of alcoholkliniek.

ARTIKEL 14 Therapeutisch kamp voor astmatische kinderen

Door de Maatschappij wordt een bijdrage verstrekt in de verblijfskosten van een therapeutisch kamp voor astmatische jongeren, wanneer de verzekerde jonger is dan 17 jaar. De hoogte van de vergoeding bedraagt € 5,67 per dag gedurende ten hoogste 42 dagen per kalenderjaar. Recht op vergoe-

ding bestaat uitsluitend, indien de Maatschappij op een daartoe strekkend verzoek vooraf schriftelijk toestemming heeft gegeven.

Het verzoek dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de huisarts of specialist.

ARTIKEL 15 Sport Medisch Adviescentrum (SMA)

Mits op verwijzing van de behandelend arts kan verzekerde aanspraak maken op vergoeding van de kosten van diagnosestelling en behandelingsadvies inzake sportblessures door een sportarts, verbonden aan één van de SMA's. De hoogte van de vergoeding bedraagt voor het eerste consult € 22,68 en voor het tweede en volgende consult(en) € 11,34 met een maximum van in totaal 4 consulten per kalenderjaar.

ARTIKEL 16 Steunzolen/inlays/push-brace

Mits op medisch advies van de (huis)arts voor lid a. en b. of van de podotherapeut voor lid a. worden per verzekerde vergoed:

- a. de kosten van één paar steunzolen of inlays, geleverd door een orthopedisch schoentechnicus, een orthopedisch instrumentenmaker of een podotherapeut tot ten hoogste éénmaal per twee jaar
- b. de kosten van een push-brace voor enkel, knie of elleboog tot ten hoogste één brace per drie jaar.

ARTIKEL 17 Buitenlandpreventiepakket/preventieve geneeskunde

17.1 Bij tijdelijk verblijf van een verzekerde in het buitenland wordt voor risicovolle landen een buitenlandpreventiepakket verstrekt. Dit pakket bevat onder meer een bloedtransfusieset, steriele spuiten, naalden en handschoenen. De aanvraag voor verstrekking dient vooraf te geschieden, waarbij door de Maatschappij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

17.2 Indien de hoofdverzekering geen dekking biedt worden de kosten van onderzoek of behandeling door de huisarts of specialist vergoed voor:

- onderzoek van hart- en bloedvaten (maximaal 1 maal per twee jaar)
- borstkanker- en baarmoederhalskankeronderzoek (uitstrijkje)
- anti-griepvirus injectie.

17.3 Vergoed worden de kosten van preventieve geneesmiddelen ten behoeve van tijdelijk verblijf in het buitenland tot een maximum van € 68,06 per verzekerde per kalenderjaar.

ARTIKEL 18 Eigen bijdrage hulpmiddelen

Indien de aanschafprijs van een verstrekking en/of voorziening onder aftrek van de eigen bijdrage(n) uit hoofde van de regelingen of Bepaling Hulpmiddelen hoger is dan de maximale vergoeding, wordt het verschil op basis van 50% met een maximum van € 226,89 per verzekerde per kalenderjaar vergoed. Deze regeling geldt niet voor pruiken en gebitsprothesen.

ARTIKEL 19 Orthopedagogische hulp

Mits op voorschrift van de huisarts of specialist worden de kosten van consulten of behandelingen vergoed, toegepast door een van overheidswege erkende orthopedagoog die aangesloten is bij de Nederlandse Vereniging van Orthopedagogen. De maximale vergoeding bedraagt € 680,67 per verzekerde per kalenderjaar.

De kosten van remedial teaching vallen niet onder dit artikel en zijn van vergoeding uitgesloten.