

## ARTIKEL 1 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

### **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 hulp indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

### **AWBZ**

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

### **Bijkomende kosten**

De neventarieven die door de instelling op grond van de WTG in rekening mogen worden gebracht.

### **Centrum voor erfelijkheidsonderzoek**

Een in Nederland gelegen instelling die een vergunning heeft op grond van artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

### **Dagverpleging**

Korter dan 24 uur durende bedverpleging in een ziekenhuis waarvan de oorzaak te voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist.

### **Farmaceutische hulp**

De als zodanig voorgeschreven

- geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd;
- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd;
- bloedproducten als bedoeld in de Wet inzake Bloedvoorziening;
- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten;
- verbandmiddelen ten behoeve van een ernstige aandoening waarvoor een langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.

Onder farmaceutische hulp worden niet vergoed:

- cosmetische middelen;
- genotmiddelen en medicinale wijnen;
- vermageringsmiddelen;
- andere dan de bovengenoemde dieetpreparaten;
- versterkende middelen en voedingsmiddelen;
- vitaminepreparaten, tenzij het gebruik hiervan door de behandelend arts is geïndiceerd en voorgeschreven.

### **Fysiotherapeut**

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

### **Huisarts**

Een in Nederland in de woonplaats of in de verblijfplaats van de verzekerde of in de naaste omgeving daarvan gevestigde arts, die als huisarts is ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent. Onder het uitvoeren van de algemene praktijk wordt verstaan het verlenen van huisartsenhulp zowel ten huize van de verzekerde als op het spreekuur van de arts.

### **Hulpmiddelen**

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

### **Kaakchirurg**

Een in Nederland gevestigde tandarts die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheekunde.

### **Kaakchirurgische behandeling**

Behandeling of onderzoek volgens medische en tandheelkundige normen, algemeen aanvaard en behorende tot het specialisme waarvoor de kaakchirurg is ingeschreven.

### **Kraamzorg**

- Kraamcentrum: een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig erkende instelling alsmede een door DSW Verzekeringen erkend kraamcentrum.
- Kraamzorg: de zorg verleend door een aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorgster of kraamhulp, waarbij deze ten huize van de verzekerde verblijft en zowel moeder en kind verzorgt als de huishouding doet.

### **Laboratoriumonderzoek**

Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig is erkend.

### **Logopedist**

Een in Nederland gevestigde logopedist die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

### **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 als manueel therapeut geregistreerd staat in het register van de Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT).

### **Medisch adviseur**

De arts die DSW Verzekeringen in medische aangelegenheden adviseert.

### **Medische noodzaak**

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende medisch-wetenschappelijke overwegingen.

### **Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck**

Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

### **Ongeval**

Een gebeurtenis, waarbij de verzekerde een geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel is toegebracht door een plotseling op het lichaam inwerkend van buiten komend geweld.

Als ongeval worden tevens aangemerkt:

- acute vergiftiging als gevolg van het ongewild binnenkrijgen van giftige gassen, dampen en vaste en vloeibare vloeistoffen;
- besmetting of vergiftiging als gevolg van een onvrijwillige val in het water of enige andere vloeibare of vaste stof;
- bevriezing, verbranding, verdrinking, verstikking, zonnesteek en de lichamelijke gevolgen van elektrische ontladingen;
- verhongering, verdorsting, uitputting en zonnebrand als gevolg van het geïsoleerd raken bij natuurrampen, instortingen of andere catastrofale gebeurtenissen;
- plotselinge verstuijing, ontwrichting en spijscheuring, mits aard en plaats van deze letsels geneeskundig zijn vast te stellen;
- wondinfectie en bloedvergiftiging, direct verband houdende met een ongevalsletsel.

*Onder ongeval wordt in ieder geval niet verstaan: hernia nuclei pulposi, lendenspit, lumbago en ingewandsbreuk.*

### **Opname**

Ziekenhuisopname langer dan 24 uur, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl regelmatig behandeling door een specialist of kaakchirurg noodzakelijk moet zijn.

### **Orthodontist**

Een in Nederland gevestigde tandarts die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

### **Revalidatie**

Onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, welke hulp wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen onder leiding van een specialist, welk is verbonden aan een door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling voor revalidatie.

### **SOS International**

BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International.

Hoogoorddreef 58, 1101 BE Amsterdam

Telefoon (020) 6515151, fax (020) 6515109

### **Specialist**

Een in Nederland gevestigde arts die is ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

### **Specialistische behandeling**

Behandeling of onderzoek, volgens medische normen algemeen aanvaard en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven.

**Tandarts**

Een in Nederland gevestigde tandarts die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

**Verloskundige**

Een in Nederland gevestigde verloskundige die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

**Verzekerde(n)**

Degene(n) die als zodanig op het polisblad is (zijn) vermeld.

**Verzekeringnemer**

Degene met wie de verzekering is aangegaan en die als zodanig op het polisblad is vermeld.

**Ziekenhuis**

Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis, kraaminrichting, revalidatiecentrum of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten, alsmede het Nederlands Astmacentrum te Davos.

In het buitenland wordt hieronder verstaan elke in dat land door de bevoegde overheidsinstantie erkende inrichting waar verpleging, onderzoek en behandeling van zieken plaatsvindt.

**Zorgverlener**

Een in Nederland gevestigde (huis)arts, specialist, verloskundige, verpleegkundige, ziekenverzorgende, kraamverzorgster of kraamhulp, bewegingstherapeut (fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck, heilgymnast-masseur), logopedist, kaakchirurg, tandarts en huidtherapeut die allen als zodanig door de bevoegde overheidsinstanties zijn erkend en geregistreerd.

**ARTIKEL 2 GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING**

Aan deze overeenkomst liggen ten grondslag de in het aanvraagformulier en de gezondheidsverklaring verstrekte opgaven en inlichtingen, alsmede - indien medische keuring heeft plaatsgevonden - de bij die keuring door verzekerde verstrekte gegevens. Verzwijging alsmede onjuiste of onvolledige opgave heeft tot gevolg dat DSW Verzekeringen niet tot vergoeding van enige kosten is gehouden. Bovendien heeft DSW Verzekeringen in dat geval het recht zich op vernietigbaarheid van deze verzekering te beroepen.

**ARTIKEL 3 OMVANG VAN DE VERZEKERING**

Vergoed worden de kosten van de hierna genoemde medische behandelingen op basis van het door of namens DSW Verzekeringen met de zorgaanbieder overeengekomen tarief, indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat. Indien geen tarief is overeengekomen, vergoedt DSW Verzekeringen genoemde kosten op basis van het alsdan rechtsgeldige tarief. Indien en voorzover DSW Verzekeringen meer vergoedt dan waartoe hij krachtens het bovenstaande gehouden is, wordt verzekerde geacht aan DSW Verzekeringen te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van DSW Verzekeringen van het door verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

**ARTIKEL 4 VERZEKERDE RUBRIEKEN**

- A Opname in een ziekenhuis
- B Bevalling en kraamzorg
- C Niet-klinische (specialistische) hulp
- D Huisartsenhulp
- E Farmaceutische hulp
- F Tandheelkundige hulp
- G Overige vergoedingen

**Vrije keuze**

Verzekerde is vrij in zijn keuze ten aanzien van zorgverleners en/of ziekenhuizen.

**Rubriek A Opname in een ziekenhuis****1. Opname voor onbepaalde duur in de verzekerde klasse van een ziekenhuis**

Vergoed worden de kosten van verpleging, specialistische of kaakchirurgische hulp en de bijkomende kosten.

Bij opname in het Nederlands Astmacentrum te Davos worden de opnamekosten uitsluitend vergoed na voorafgaande toestemming door DSW Verzekeringen.

Indien een kind vanwege borstvoeding, in verband met verpleging van de moeder, in een ziekenhuis verblijf moet houden, worden ook de verpleegkosten voor het kind vergoed zolang het kind de leeftijd van 3 maanden nog niet bereikt heeft.

## 2. Dagverpleging in een ziekenhuis

Vergoed worden de kosten van het medisch noodzakelijke verblijf in een ziekenhuis verband houdend met specialistische behandeling of onderzoek (M10-tarief), het honorarium van de specialist en de bijkomende kosten.

## 3. Revalidatie

Vergoed worden de kosten van revalidatie en revalidatiedagbehandeling na voorafgaande toestemming door DSW Verzekeringen. De aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een behandelplan.

## Rubriek B Bevalling en kraamzorg

Voor de vrouwelijke verzekerde kan voor bevalling en kraamzorg de keuze worden gemaakt tussen de volgende vergoedingsregelingen:

### 1. Bevalling en kraambed in een ziekenhuis (*medisch noodzakelijk*)

Indien en voorzover verblijf in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is, bestaat voor moeder en haar 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 voor de verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg).

### 2. Bevalling en kraambed in een ziekenhuis (*niet medisch noodzakelijk*)

Indien de bevalling en het kraambed in een ziekenhuis of kraamcentrum plaatsvinden zonder medische noodzaak, bestaat voor moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op vergoeding van:

- a. de kosten in rekening gebracht door het ziekenhuis of kraamcentrum, tot ten hoogste het goedgekeurde COTG-tarief gedurende maximaal 8 dagen;
- b. het honorarium voor de verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg).

Op de vergoeding genoemd bij punt a blijft een bedrag van f 48,- per dag voor rekening van de verzekeringnemer.

### 3. Bevalling en kraambed thuis

Indien de bevalling en het kraambed thuis plaatsvinden, worden de volgende kosten vergoed:

- a. het honorarium voor de verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg);
- b. de inschrijving, intake en assistentie bij de bevalling tot maximaal drie uur na de bevalling;
- c. voor de verzorging van moeder en kind thuis kan een uitkering in geld worden ontvangen van f 2.000,- of kan kraamzorg middels een erkende instelling in natura worden verstrekt.

Bij een combinatie van hulp onder 1 en 2 wordt per in rekening gebrachte verpleegdag een bedrag van f 250,- in mindering gebracht.

### 4. Poliklinische bevalling

Indien de bevalling poliklinisch plaatsvindt, bestaat aanspraak op de vergoeding van:

*Indien medisch noodzakelijk:*

- a. de kosten van het ziekenhuis, inclusief de kosten van de verloskamer, volgens het daarvoor door de bevoegde overheidsinstantie goedgekeurde tarief (Indien het ziekenhuis evenwel verpleegdagen in rekening brengt, vindt vergoeding plaats overeenkomstig het onder 1 of 2 gestelde.);

*Zonder medische noodzaak:*

- b. de kosten van het ziekenhuis, exclusief de kosten van de verloskamer, volgens het daarvoor door de bevoegde overheidsinstantie goedgekeurde tarief, waarbij een bedrag van f 48,- voor rekening van de verzekeringnemer blijft (Indien het ziekenhuis evenwel verpleegdagen in rekening brengt, vindt vergoeding plaats overeenkomstig het onder 1 of 2 gestelde.);
- c. het honorarium voor de verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg);
- d. de kosten van kraamzorg zoals genoemd onder 3 sub c.

Per in rekening gebrachte verpleegdag wordt een bedrag van f 250,- in mindering gebracht.

### 5. Combinaties van hulp genoemd onder 1 tot en met 4

Bij een combinatie van de hierboven genoemde hulp worden de kosten voor maximaal 8 in tijdsvolgorde in rekening gebrachte dagen vergoed, met dien verstande dat indien de desbetreffende instellingen dezelfde dag in rekening brengen, deze 'dubbele' dag eveneens wordt vergoed, alles overeenkomstig de hiervoor van toepassing zijnde regelingen.

## Rubriek C Niet-klinische (specialistische) hulp

### 1. Niet-klinische specialistische behandeling

Vergoed worden het honorarium van een specialist voor een niet-klinische behandeling (poliklinisch of bij de specialist thuis) en de bijkomende kosten.

## 2. Fysiotherapie en oefentherapie

De kosten van maximaal 9 behandelingen door een fysiotherapeut of manueel therapeut of 9 behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar, als bedoeld in het Fysiotherapeutenbesluit en de Besluiten oefentherapie, per indicatie per jaar op voorschrift van de huisarts of specialist worden vergoed. Indien daartoe geïndiceerd, op verwijzing van de huisarts of specialist, bestaat recht op vergoeding van nogmaals 9 behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar. Hiervoor is vooraf toestemming van DSW Verzekeringen noodzakelijk. Tevens komt voor vergoeding in aanmerking de kosten van 9 behandelingen kinderfysiotherapie, verricht door een fysiotherapeut die is ingeschreven in het register van bevoegde kinderfysiotherapeuten van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Kinder- en Jeugdgezondheidszorg, verleend aan kinderen tot 18 jaar. Indien hiertoe geïndiceerd, op verwijzing van huisarts of specialist, bestaat recht op vergoeding van nogmaals 9 behandelingen kinderfysiotherapie of oefentherapie Mensendieck/Cesar.

Indien de verzekerde een indicatie heeft voor fysiotherapie dan wel oefentherapie Mensendieck/Cesar in verband met een chronische aandoening (volgens lijst met aandoeningen en intermitterende fysiotherapie en oefentherapie Mensendieck/Cesar), dan bestaat er recht op vergoeding van het noodzakelijk aantal behandelingen per jaar. Hiervoor is vooraf toestemming vereist van DSW Verzekeringen, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld. Deze lijst maakt onderdeel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar.

## 3. Logopedie

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

## 4. Hulp door een audiologisch centrum

Vergoed worden de kosten van hulp, door een daartoe door een bevoegde overheidsinstantie erkend audiologisch centrum, op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

## 5. Trombosedienst

Vergoed worden de kosten van hulp door een in Nederland erkende trombosedienst op voorschrift van een specialist.

## 6. Erfelijkheidsonderzoek

Vergoed worden de kosten van hulp in een in Nederland erkende instelling voor erfelijkheidsonderzoek. De hulp omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidsonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadviesing en de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde. Aan hen kan dan tevens adviesing plaatsvinden.

## Rubriek D Huisartsenhulp

Vergoed worden het honorarium van de huisarts, alsmede de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

## Rubriek E Farmaceutische hulp

1. De kosten van farmaceutische producten, overeenkomstig de regeling Farmaceutische Hulp zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, mits afgeleverd op voorschrift van een arts, tandarts, specialist of verloskundige door een apotheek of apotheekhoudend huisarts, tenzij DSW Verzekeringen anders bepaalt. De regeling Farmaceutische Hulp maakt deel uit van deze polis en is op aanvraag verkrijgbaar.  
Indien de farmaceutische hulp wordt verstrekt, vindt geen aftrek van het op het polisblad vermelde eigen risico plaats.
2. 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 Hulp of DSW Verzekeringen anders bepaalt. Indien een vergoedingslimiet is vastgesteld en de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet blijft het meerdere buiten de vergoeding van kosten.
3. De kosten van dieetpreparaten worden vergoed, overeenkomstig de regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, na toestemming vooraf door DSW Verzekeringen. 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.
4. Verbandmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.

## Rubriek F Tandheelkundige hulp

### 1. Kaakchirurgische behandeling

Vergoed worden de kosten van het honorarium van een op advies van de huisarts of tandarts geraadpleegde kaakchirurg voor chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard die niet gepaard gaat met een opname en de bijkomende kosten.

### 2. Tandheelkundige implantaten

De kosten van tandheelkundige implantaten, alsmede de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak worden vergoed, doch uitsluitend indien:

- de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak en
- de implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese.

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de implantaten door de kaakchirurg worden ingebracht en
- DSW Verzekeringen op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelplan, tevoren toestemming heeft verleend.

Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. De vergoeding beperkt zich tot het honorarium van de kaakchirurg (en van de anesthesist) en de bijkomende ziekenhuiskosten. Niet vergoed worden de kosten van het aanbrengen van de suprastructuur op implantaten en de (overkappings)prothese.

### 3. Orthodontische behandeling in bijzondere gevallen

Vergoed worden de kosten van orthodontische behandeling door een orthodontist op advies van de huisarts of tandarts bij een schisisafwijking (lip-, kaak- of verhemeltespleet) of bij een vergelijkbare zeer ernstige orthodontische afwijking. DSW Verzekeringen dient op een daartoe strekkend verzoek tevoren toestemming te geven voor de behandeling.

### 4. Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

Vergoed worden 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-, kaak- of verhemeltespleet (cheilo-, gnato- of palatoschisis);
- een uitgebreid defect aan de mond, 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
- DSW Verzekeringen op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelplan, tevoren toestemming heeft gegeven.

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

### 5. Tandheelkundige hulp door een tandarts aan verzekerden jonger dan 18 jaar

Vergoed worden de kosten van normale tandheelkundige hulp. Niet vergoed worden de kosten van kronen, bruggen en orthodontie.

### 6. Tandheelkundige hulp door een tandarts aan verzekerden vanaf 18 jaar

Vergoed worden de kosten van preventief onderhoud, in principe eenmaal per jaar, tenzij meer behandelingen per jaar medisch noodzakelijk zijn.

Het preventieve onderhoud omvat:

- periodieke controle (C10);
- eerste bezoek nieuwe patiënt (C30);
- consult inclusief kleine verrichting (C20);
- het verwijderen van tandsteen (M50, M55, M59);
- controle en instructie mondhygiëne (M30, M40).

#### **7. Tandheelkundige hulp aan verzekerden met een lichamelijke of geestelijke handicap**

Indien door een lichamelijke en/of geestelijke handicap een langere dan normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, en geen beroep kan worden gedaan krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, is de vergoeding zoals vermeld onder 5 respectievelijk 6 niet van toepassing. Na vooraf verleende goedkeuring door DSW Verzekeringen vindt vergoeding van kosten plaats, onder de door DSW Verzekeringen gestelde voorwaarden. Het aanvraagformulier voor de toestemming wordt op verzoek door DSW Verzekeringen verstrekt.

#### **8. Gebitsprothese**

Vergoed wordt 75 procent van de kosten van een uitneembare, volledige, prothetische voorziening voor de onder- of bovenkaak, vervaardigd en geplaatst door een tandarts of tandprotheticus. Deze kosten zijn inclusief techniekkosten.

1. Bij plaatsing en vervaardiging door een tandarts komen voor vergoeding in aanmerking:
  - uitneembare en immediaatprothese voor de boven- en/of onderkaak;
  - uitneembare vervangingsprothese voor de boven- en/of onderkaak;
  - volledige overkappingsprothese op natuurlijke elementen voor de boven- en/of onderkaak.
2. Bij plaatsing en vervaardiging door een tandprotheticus komt voor vergoeding in aanmerking een uitneembare volledige vervangingsprothese voor de boven- of onderkaak. Voorafgaande toestemming door DSW Verzekeringen is vereist, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening, vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, ten hoogste f 750,- per onder- of bovenkaak bedragen en/of de prothese (met uitzondering van de immediaatprothese) niet binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.

Indien de prothetische voorziening wordt vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, geldt als maximumbedrag waarbij vooraf geen toestemming behoeft te worden gevraagd, f 640,- per onder- of bovenkaak. Ook hier geldt de voorwaarde dat de vervangingsprothese niet binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.

#### **9. Prothese op implantaten**

Vergoed worden de kosten van een uitneembare volledige overkappingsprothese op implantaten, vervaardigd en geplaatst door een tandarts. Deze kosten zijn inclusief de bij de prothese behorende techniekkosten. Hierbij is vooraf toestemming van DSW Verzekeringen vereist. Per overkappingsprothese in de onder- of bovenkaak komt een bijdrage van f 200,- per kaak voor rekening van de verzekerde. Indien de overkappingsprothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, komt in plaats van de vigerende UPT-codes het door het COTG goedgekeurde uurtarief voor vergoeding in aanmerking. In dat geval komt eveneens een eigen bijdrage van f 200,- per kaak voor rekening van de verzekerde. Volledig vergoed worden de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande overkappingsprothese in boven- of onderkaak.

### **Rubriek G Overige vergoedingen**

#### **1. Hulpmiddelen**

De kosten van aanschaf, bruikleen, correctie, vervanging of 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. Deze regeling maakt deel uit van de polis 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 DSW Verzekeringen.

Het recht op vergoeding van de kosten van aanschaf dan wel bruikleen bestaat uitsluitend indien en voorzover DSW Verzekeringen op een daartoe strekkend verzoek tevoren toestemming heeft gegeven. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

De kosten van (onzorgvuldig) gebruik zijn, tenzij in de regeling Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

#### **2. Ziekenvervoer**

De kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer (per ambulance, taxi of auto) in Nederland voorzover dit verband houdt met verpleging, onderzoek of behandeling, waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van DSW Verzekeringen komen. De kosten van ziekenvervoer komen uitsluitend in aanmerking voor vergoeding wanneer blijkt een verklaring van de arts of medisch specialist het vervoer wegens de gezondheidstoestand van de verzekerde niet kan plaatsvinden met het openbaar vervoer. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op f 0,36 per kilometer.

### **3. Sterilisatie en abortus**

Vergeoed worden de kosten van sterilisatie en abortus in een ziekenhuis. Bij sterilisatie van de man wordt vergoeding van de kosten verleend tot ten hoogste het bedrag dat verschuldigd zou zijn geweest bij een poliklinische behandeling.

### **4. Leukemie bij kinderen**

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

### **5. Nierdialyse**

De kosten van nierdialyse, zowel in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) als bij de verzekerde thuis. Bij thuisdialyse vindt ook vergoeding plaats van bepaalde niet-medische kosten overeenkomstig de regeling die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, indien en voorzover DSW Verzekeringen op een daartoe strekkend verzoek tevoren toestemming heeft gegeven, bij welke toestemming nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

### **6. Orgaantransplantaties**

De kosten van transplantatie van de donororganen: huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart, lever, (orthotoop) alsmede de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door Eurotransplant.

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend na toestemming vooraf door DSW Verzekeringen. De kosten van transplantaties van andere organen (waaronder hart-long en long) 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 voor verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met de onder de vergoeding vallende orgaantransplantatie.

### **7. Chronisch intermitterende beademing**

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

### **8. Buitenland**

1. Vergoeding van de kosten van spoedeisende medisch noodzakelijke hulp in het buitenland gemaakt tijdens vakantie of zakenreis van verzekerde gedurende maximaal 6 maanden omvat:

- opname in een algemeen erkend ziekenhuis gedurende maximaal 365 dagen per ziektegeval (Onder ziektegeval wordt verstaan: ieder ononderbroken behoefte aan medische behandeling, voortkomend uit dezelfde ziekteoorzaak of hetzelfde ongeval.);
- niet-klinische specialistische behandeling;
- behandeling door een huisarts;
- op voorschrift van een buitenlandse huisarts of specialist verstrekte geneesmiddelen.

Voornoemde kosten worden vergoed tot ten hoogste 200 procent van de kosten die, met toepassing van de verzekeringsvoorwaarden, zouden zijn vergoed indien de verzekerde in Nederland de behandeling zou hebben ondergaan.

2. Vergoeding van de kosten van de onder 1 genoemde hulp omvat voorts vergoeding van de kosten van het medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of taxi naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis of de dichtstbijzijnde specialist.
3. Vergoeding van de in dit artikel bedoelde kosten wordt niet verleend, indien het verblijf in het buitenland uitsluitend of mede tot doel had aldaar een opname of een behandeling te ondergaan.
4. Voor hulp en advies bij ernstige ziekte of ongeval moet contact worden opgenomen met SOS International. Indien in overleg met SOS International repatriëring van verzekerde medisch noodzakelijk blijkt, omdat behandeling ter plaatse niet mogelijk is, en SOS International zorg draagt voor vervoer en begeleiding van verzekerde naar Nederland, komen de hieraan verbonden kosten voor rekening van DSW Verzekeringen.
5. Vergoeding van de verzekerde kosten geschiedt voorzover zij worden gespecificeerd met bewijzen van betaling die worden overlegd aan DSW Verzekeringen. Voor verstrekte genees- en verbandmiddelen dient bovendien een afschrift van het recept van de buitenlandse arts te worden bijgevoegd. De vergoeding wordt conform de bij de Rabobank gehanteerde koers omgerekend naar Nederlandse valuta.

### **Rubriek klasseverzekering**

Wanneer de rubriek klasseverzekering is meeverzekerd, worden in afwijking van het bepaalde in de voorwaarden de kosten vergoed die verbonden zijn aan een medisch noodzakelijke ziekenhuisopname in de verzekerde klasse en wel voor het verschil tussen de in rekening gebrachte verpleegprijs en de verpleegprijs op basis van klasse 3.

De vergoeding strekt zich tot maximaal de wettelijk goedgekeurde tarieven.



## ARTIKEL 5 AANVULLENDE BEPALINGEN

### 1. Eigen risico

Het op het polisblad vermelde eigen risico is het bedrag aan verzekerde kosten dat per gezin en per kalenderjaar voor rekening van verzekeringsnemer blijft.

Voor het bereiken van het eigen risico tellen uitsluitend die kosten mee, welke op grond van deze polisvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen. Indien voor een verzekerd onderdeel een maximumbedrag is vermeld, blijft dit maximum zowel voor de toepassing van het eigen risico als voor de eventuele uitkering daarna, onverminderd van kracht.

Uitsluitend in het kalenderjaar waarin de verzekering van kracht wordt, wordt het eigen risico verlaagd met 1/12 voor elke volle kalendermaand die voor de ingangsdatum is verstreken. Bij beëindiging van de verzekering, alsmede over de periode dat de verzekering niet van kracht was, vindt derhalve geen verlaging of restitutie van het eigen risico plaats.

Het eigen risico geldt niet ten aanzien van de kosten welke worden gemaakt als gevolg van een ongeval dat tijdens de looptijd van deze verzekering heeft plaatsgevonden, alsmede in de gevallen welke nader in deze voorwaarden zijn vermeld.

Indien een opname in een ziekenhuis niet eindigt in het kalenderjaar waarin deze een aanvang nam, worden de hiervoor gemaakte kosten tot het tijdstip waarop de ononderbroken opname eindigt, toegerekend aan het kalenderjaar waarin de opname begon.

### 2. Opname en verpleging in een hogere/lagere klasse

a. Indien opname en verpleging in een hogere klasse dan de verzekerde klasse geschiedt, worden de kosten vergoed welke in rekening zouden zijn gebracht bij opname en verpleging in de verzekerde klasse.

b. Wordt een verzekerde, verzekerd volgens klasse 2B, opgenomen en verpleegd in een ziekenhuis waarin slechts een tweede klasse aanwezig is, dan wordt deze verzekering geacht te gelden voor die ene tweede klasse.

### 3. Tijdens de looptijd van de verzekering geboren kinderen

Indien kinderen van wie de vader en/of de moeder krachtens deze verzekering zijn verzekerd binnen drie maanden na hun geboorte ter medeverzekering bij DSW Verzekeringen worden aangemeld, worden deze kinderen zonder beperkende bepalingen geaccepteerd.

Deze verzekering geldt dan vanaf de geboortedatum. Deze kinderen worden evenwel voor geen hogere klasse geaccepteerd dan de derde klasse.

## ARTIKEL 6 UITSLUITINGEN

Geen vergoeding wordt verleend voor:

1. de kosten ten aanzien waarvan krachtens een andere overeenkomst, een der sociale verzekeringswetten, enige regeling van overheidswege of enigerlei subsidieregeling aanspraak op vergoeding of op verstrekking kan worden gemaakt;
2. verstrekkingen krachtens de AWBZ waarop verzekerden op grond van voornoemde wet geen recht hebben (Tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen hebben niet-ingezetenen geen recht op vergoeding van kosten welke voor een Nederlands ingezetene voor rekening van de AWBZ zouden komen.);
3. de kosten van celtherapie, keuringen en het afgeven van attesten;
4. de kosten van zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie;
5. de kosten voor hulp en begeleiding door personen of instellingen, al dan niet ingeschakeld bij een medische behandeling, die zich (tevens) bewegen op sociaal, maatschappelijk of onderwijskundig terrein;
6. de kosten van cosmetische operaties en behandelingen;
7. de kosten van onderzoek en behandeling door een psycholoog;
8. de kosten van alternatieve geneeswijzen;
9. de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen;
10. de kosten van orthodontische behandelingen;
11. de kosten welke zijn gemaakt in de periode dat deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van behandeling bepalend is;
12. de kosten als gevolg van het feit dat de verzekeringnemer of een verzekerde enige verplichting, welke krachtens deze voorwaarden op deze rust, niet is nagekomen en waardoor de belangen van de DSW Verzekeringen zijn geschaad, dan wel vanwege het feit dat deze onjuiste of onvolledige mededelingen heeft gedaan;
13. kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie;

Hieronder wordt verstaan:

- a. gewapend conflict: elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de een de ander, gebruikmakend van militaire machtsmiddelen, bestrijden. Onder gewapend conflict wordt mede verstaan het gewapend optreden van de Vredesmacht van de Verenigde Naties;
- b. burgeroorlog: een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen de inwoners van eenzelfde staat, waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat betrokken is;
- c. opstand: georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag;
- d. binnenlandse onlusten: min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat;
- e. oproer: een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging gericht tegen het openbaar gezag;
- f. munitie: een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige bewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.

De zes hierboven genoemde vormen van molest alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te Den Haag is gedeponerd.

14. kosten welke zijn veroorzaakt door of verband houden met atoomkernreacties en de daarbij ontstane splitsingsproducten, onverschillig hoe de reacties zijn ontstaan, tenzij opgetreden bij een medische behandeling van een verzekerde. Deze uitsluiting geldt niet met betrekking tot kosten veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich overeenkomstig hun bestemming buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige, of (niet-militaire) beveiligingsdoeleinden, mits er een door enige overheid afgegeven vergunning (voor zover vereist) 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), alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip.

## **ARTIKEL 7 VERPLICHTINGEN IN GEVAL VAN SCHADE**

Verzekeringnemer is verplicht ervoor zorg te dragen dat:

1. bij opname in een ziekenhuis daarvan zo spoedig mogelijk aan DSW Verzekeringen mededeling wordt gedaan door middel van een volledig en naar waarheid ingevuld en ondertekend schadeaangifteformulier;
2. zo spoedig mogelijk nadat het totaalbedrag van de door verzekeringnemer in enig kalenderjaar ontvangen nota's, welke op grond van deze voorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen, het op deze verzekering van toepassing zijnde eigen risico overschrijdt, die nota's bij DSW Verzekeringen in te dienen;
3. de - na overschrijding van het in het vorige lid bedoelde op hetzelfde kalenderjaar betrekking hebbende eigen risico - nadien ontvangen nota's zo spoedig mogelijk bij DSW Verzekeringen worden ingediend;
4. uitsluitend originele nota's worden ingediend, welke op het door DSW Verzekeringen verstrekte declaratieformulier zodanig moeten worden gespecificeerd, dat zonder verdere navraag kan worden nagegaan tot welke vergoeding DSW Verzekeringen is gehouden;
5. aan DSW Verzekeringen, haar medisch adviseur of aan degene die voor een controle is aangewezen, alle medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van inlichtingen;
6. voor behandelingen, welke op grond van deze voorwaarden uitsluitend op voorschrift van een arts mogen geschieden, een verwijzing wordt overgelegd, indien hierom door DSW Verzekeringen wordt gevraagd.

## **ARTIKEL 8 PREMIEBETALING**

Verzekeringnemer is verplicht de premie, kosten en wettelijke bijdragen bij vooruitbetaling te voldoen binnen dertig dagen nadat zij verschuldigd worden.

Indien verzekeringnemer het verschuldigde niet tijdig betaalt of weigert te betalen, wordt de dekking opgeschort vanaf de eerste dag dat dit bedrag is verschuldigd. Een nadere ingebrekestelling door DSW Verzekeringen is daarvoor niet vereist. Verzekeringnemer dient het verschuldigde alsnog te betalen.

De dekking gaat weer in op de dag waarop het verschuldigde door DSW Verzekeringen is ontvangen en geaccepteerd. Geen vergoeding wordt verleend voor kosten welke zijn gemaakt gedurende de tijd dat deze verzekering niet van kracht was en voor kosten welke het gevolg zijn van ziekte, kwalen of gebreken die zijn ontstaan gedurende deze periode of waarvan zich verschijnselen gedurende deze periode hebben voorgedaan.

Bij tussentijdse opzegging - behalve bij opzegging wegens opzet DSW Verzekeringen te misleiden - vindt restitutie van de lopende premie naar evenredigheid plaats.

Indien sprake is van een in artikel 10 lid d of e vermelde omstandigheid, bestaat eerst recht op restitutie van premie vanaf het moment waarop DSW Verzekeringen hieromtrent schriftelijk bericht heeft ontvangen.

## **ARTIKEL 9 WIJZIGING VAN PREMIE EN/OF VOORWAARDEN**

DSW Verzekeringen heeft het recht de premie en/of voorwaarden van bepaalde groepen verzekeringen en bloc te wijzigen. Behoort deze verzekering tot die groep, dan is zij gerechtigd de premie en/of voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aan te passen en wel met ingang van de eerstvolgende premievervaldag na invoering van de wijziging.

Verzekeringnemer wordt van de wijziging in kennis gesteld en wordt geacht hiermee te hebben ingestemd, tenzij hij binnen dertig dagen na de premievervaldag aan DSW Verzekeringen schriftelijk het tegendeel heeft bericht. In dat laatste geval eindigt deze verzekering op de eerstgenoemde vervaldag.

De mogelijkheid van opzegging van deze verzekering door verzekeringnemer geldt niet indien:

- a. de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen en bepalingen;
- b. de wijziging van de premie voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde wiens leeftijd bepalend is voor de premie;
- c. de premie wordt verhoogd binnen de door de overheid daaraan gestelde grenzen;
- d. de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;
- e. de wijziging een uitbreiding van de dekking met een niet hogere premie inhoudt.

## **ARTIKEL 10 DUUR VAN DE VERZEKERING**

Deze verzekering eindigt bij opzegging door verzekeringnemer aan het einde van een op het polisblad genoemde termijn, mits de opzegging schriftelijk geschiedt en een termijn van tenminste twee maanden in acht wordt genomen.

Een eenmaal door DSW Verzekeringen geaccepteerde verzekering kan door hem nimmer worden opgezegd, behalve in de navolgende gevallen:

- a. indien verzekeringnemer zijn verplichting tot premiebetaling, zoals omschreven in artikel 8, niet nakomt en DSW Verzekeringen om die reden deze verzekering op een door haar te bepalen tijdstip opzegt;
- b. indien verzekeringnemer de wijziging van premie en/of voorwaarden overeenkomstig artikel 9 weigert;
- c. indien sprake is van omstandigheden als omschreven in artikel 2 en DSW Verzekeringen om die reden deze verzekering op een door hem te bepalen tijdstip opzegt.

De verzekering eindigt voor de desbetreffende verzekerde automatisch:

- d. op het moment waarop deze zich in het buitenland vestigt;
- e. op de datum waarop DSW Verzekeringen de schriftelijke mededeling ontvangt dat deze verplicht verzekerd is (geworden) ingevolge de Ziekenfondswet of Publiekrechtelijke Ziektekostenverzekering voor Ambtenaren (Aan deze schriftelijke mededeling dient de verzekerde een bewijs te hechten waaruit zijn inschrijving blijkt.);
- f. op de eerste van de maand waarin deze de 65-jarige leeftijd bereikt, met inachtneming van het bepaalde in artikel 12.

## **OVERIGE BEPALINGEN**

### **ARTIKEL 11 GEVOLGEN VAN HET BEREIKEN VAN DE 18-JARIGE LEEFTIJD VAN EEN VERZEKERDE**

Voor deze verzekering is voor niet meer dan 2 ongehuwde kinderen tot 18 jaar, behorend tot het verzekerde gezin, premie verschuldigd.

Voor kinderen, die tijdens de geldigheidsduur van de verzekering de 18-jarige leeftijd bereiken en voor wie aanspraak bestaat op kinderbijslag of op buitengewone lastenafrek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge artikel 9, Uitvoeringsregeling Inkomstenbelasting 1990, wordt de premie vanaf de eerstvolgende premievervaldag na het bereiken van die leeftijd aangepast.

Voor kinderen, die tijdens de geldigheidsduur van de verzekering de 18-jarige leeftijd bereiken en voor wie geen aanspraak bestaat op kinderbijslag of op buitengewone lastenafrek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge artikel 9, Uitvoeringsregeling Inkomstenbelasting 1990, is de verzekering vanaf de eerstvolgende premievervaldag na het bereiken van die leeftijd niet meer van kracht. Tegelijkertijd worden zij tegen de dan geldende premie voor alleenstaanden, zonder selectie, zelfstandig verzekerd op een polis met hetzelfde eigen risico, zulks met inachtneming van het gestelde in artikel 9.

## **ARTIKEL 12 GEVOLGEN VAN HET BEREIKEN VAN DE 65-JARIGE LEEFTIJD VAN EEN VERZEKERDE**

Per de eerste van de maand waarin een verzekerde de 65-jarige leeftijd bereikt, wordt deze verzekering ten behoeve van desbetreffende verzekerde automatisch beëindigd. Gelijktijdig wordt voor de deze verzekerde een Standaardpakketpolis - zoals vastgesteld krachtens de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekering [WTZ] - afgegeven. Verzekeringnemer wordt omtrent dit voornemen vooraf door DSW Verzekeringen geïnformeerd.

## **ARTIKEL 13 PERSOONSREGISTRATIE**

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door DSW Verzekeringen gevoerde cliëntenregistratie. Op deze persoonsregistratie is een privacyreglement van toepassing.

## **ARTIKEL 14**

Deze verzekering is ondergebracht bij:  
N.V. Maatschappij van Assurantie, Discontering en Beleening  
Der Stad Rotterdam Anno 1720

## **ARTIKEL 15 TOEPASSELIJK RECHT EN KLACHTEN**

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

Klachten betreffende de toepassing van de voorwaarden van deze verzekering kunnen schriftelijk worden voorgelegd aan:

- Directie van aan voorzijde van deze polis genoemde vennootschap
- Ombudsman Zorgverzekeringen  
Postbus 93560  
2509 AN Den Haag
- Raad van Toezicht op het Schadeverzekeringsbedrijf  
Postbus 93560  
2509 AN Den Haag.