

# Basisverzekering Uitgebreid

## Polisvoorwaarden

### Inhoudsopgave

1 Begripsomschrijvingen	
2 Grondslag van de verzekering	
3 Prestatiewijze en dekking	
4 Premie	
5 No-claimteruggave	
6 Eigen risico	
7 Algemeen	
8 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde	
9 Regres	
10 Fraude	
11 Onrechtmatige inschrijving	
12 Premiebetaling en schorsing	
13 Declaraties en schorsing	
14 Kennisgeving relevante gebeurtenissen	
15 Herziening van premie of voorwaarden	
16 Begin en einde van verzekering	
17 Geschillen	
18 Geneeskundige zorg	
Huisarts	18.1
Medisch-specialistische zorg	18.2
Verloskundige zorg en kraamzorg	18.3
Revalidatie	18.4
Orgaantransplantatie	18.5
Dialyse	18.6
Mechanische beademing	18.7
Leukemie bij kinderen	18.8
Trombosedienst	18.9
Erfelijkheidsonderzoek	18.10
Audiologische zorg	18.11
Paramedische Zorg	18.12
Mondzorg	18.13
Farmaceutische zorg	18.14
Hulpmiddelenzorg	18.15
Ziekenvervoer	18.16
Buitenland	18.17
19 Uitsluitingen	
20 Diensten Managed Care	
Clausule Terrorisme	

### Artikel 1 Begripsomschrijvingen

#### 1.1 Apotheekhoudend huisarts

Een arts, die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, op grond van artikel 6 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening bevoegd is tot uitoefening van de artsnijbereidkunst en een erkenning heeft als apotheekhouder.

#### 1.2 Apotheeker

Een erkende apotheker die voldoet aan de eisen zoals omschreven in de Wet BIG en als zodanig staat ingeschreven in het register der apothekers.

#### 1.3 AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

#### 1.4 Bekkenterapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkenterapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

#### 1.5 Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven in het betreffende register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

#### 1.6 Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

#### 1.7 Centrum voor erfelijkheidsadvies

Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

#### 1.8 CTG/Zorgautoriteit i.o.

Het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting.

#### 1.9 Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

#### 1.10 Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiencode, door het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit i.o. vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

#### 1.11 Dienstenstructuur

Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 29c van het Besluit werkings sfeer Wet Tarieven Gezondheidszorg 1992 dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

#### 1.12 Diëtist

Een diëtist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

#### 1.13 Ergotherapeut

Een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

#### 1.14 EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Cyprus(Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden.

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

#### 1.15 Farmaceutische zorg

De aflevering van de bij of krachtens het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde reglement.

#### 1.16 Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

#### 1.17 Gecontracteerde zorg

De zorg die de zorgverzekeraar op basis van de Zorgverzekeringswet verplicht is op basis van een tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gesloten overeenkomst te verlenen dan wel te vergoeden.

#### 1.18 Huisarts

Een arts die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

#### 1.19 Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde Reglement Hulpmiddelen inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

#### 1.20 Kaakchirurg

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

#### 1.21 Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

#### 1.22 Kraamcentrum

Een instelling, conform bij of krachtens de wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling.

#### 1.23 Kraamzorg

De zorg verleent door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum of kraamhotel verbonden kraamverzorgster of kraamverzorgende, die zowel moeder en kind en - voor zover van toepassing - de huishouding verzorgt.

#### 1.24 Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat volgens bij of krachtens de wet gestelde regels als zodanig is toegelaten.

#### 1.25 Logopedist

Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

#### 1.26 Manueel therapeut

Een 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 Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

#### 1.27 Medisch adviseur

De arts, die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

#### 1.28 Medisch-specialist

Een arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

#### 1.29 Mondhygiënist

Een vrijgevestigd mondhygiënist die is opgeleid conform het Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied mondhygiënist".

#### 1.30 Oedeemtherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

#### 1.31 Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

#### 1.32 Opname

Opname in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden.

#### 1.33 Orthodontist

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

#### 1.34 Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verbonden aan een conform de bij of krachtens de wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

#### 1.34 SOS International

BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International, Hoogoorddreef 58, 1101 BE Amsterdam. Telefoon (020) 651 51 51, fax (020) 651 51 09.

#### 1.35 Tandarts

Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

#### 1.36 Tandprotheticus

Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

#### 1.37 Verblif

Opname met een duur langer dan 24 uur.

#### 1.38 Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, anders lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische ruimte, of Zwitserland.

**1.40 Verloskundige**

Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

**1.41 Verzekerde**

Ieder die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

**1.42 Verzekeringnemer**

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

**1.43 Wet BIG**

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

**1.44 Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)**

Een centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij of krachtens de wet gestelde regels is toegelaten.

**1.45 Ziekenhuis**

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij of krachtens de wet gestelde regels is toegelaten. Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlandse Astma Centrum Davos.

**1.46 Zorgverzekeraar**

Fortis Ziektekostenverzekeringen N.V.

**Artikel 2 Grondslag van de verzekering**

lid 1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De modelovereenkomst, als bedoeld in artikel 1 sub h Zorgverzekeringswet, is vastgelegd in de zorgpolis als bedoeld in artikel 1 sub i Zorgverzekeringswet. Deze zorgpolis (welke is neergelegd in het polisblad) wordt jaarlijks verstrekt aan de verzekeringnemer. Indien deze een andere persoon is dan de verzekerde, wordt het polisblad verstrekt aan verzekerde.

lid 2 Naast de zorgpolis verstrekt de verzekeraar als bewijs van de verzekeringsovereenkomst een verzekeringspas op vertoon waarvan de verzekerde de zorg kan invoeren bij door verzekeraars gecontracteerde zorgaanbieder(s) waar op basis van deze polis aanspraak bestaat.

lid 3 De kosten van zorg op basis van deze zorgpolis kunnen behoudens eigen bijdragen door de verzekerde bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd, tenzij er een overeenkomst is tussen zorgaanbieder en verzekeraar op grond waarvan rechtstreekse declaratie bij de zorgverzekeraar plaatsvindt.

Voor zover met name genoemd wordt de zorg op basis van deze zorgpolis behoudens eigen bijdragen rechtstreeks door de zorgaanbieder bij de zorgverzekeraar gedeclareerd op basis van een tussen beide partijen gesloten overeenkomst. De overeenkomst omvat in ieder geval afspraken over de hoogte van de prijs, kwaliteit en doelmatigheid van de te verlenen zorg, de wijze van declaratie en de voorwaarden waaronder de zorg kan worden verleend. Een lijst met gecontracteerde zorgaanbieders wordt desgewenst toegestuurd door de verzekeraar en is op te vragen bij de zorgverzekeraar en te vinden op de website [www.amersfoortse.nl](http://www.amersfoortse.nl).

lid 4 De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

lid 5 De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

**Artikel 3 Prestatiewijze en dekking**

lid 1 Deze zorgpolis omvat de aanspraak op zorg of op vergoeding van kosten. Deze zorgpolis kan door of ten behoeve van elke verzekeringsplichtige in Nederland alsmede in buitenland woonachtige verzekeringsplichtige worden afgesloten.

lid 2 Als aanspraak op vergoeding van kosten bestaat, vindt vergoeding plaats tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- indien en voorzover geen (maximum-)tarief, op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Als aanspraak op zorg bestaat en als de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling en na verkregen toestemming recht op zorg door een niet gecontracteerde zorgaanbieder. De daaraan verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden, vergoed. De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de gecontracteerde zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder, of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

lid 3 Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd, heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een zorgaanbieder, of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert de zorgverzekeraar voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend medisch inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

In het geval er sprake is van acute zorg die geen uitstel gedooft wordt de toestemming tot het invoeren van niet gecontracteerde zorg geacht te zijn verkregen en heeft verzekerde recht op volledige vergoeding van kosten. De verzekerde dient in dat geval de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk van deze situatie op de hoogte te stellen.

lid 4 Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door de verzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder en de verzekerde zich desalniettemin wendt tot een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling binnen Nederland, wordt de vergoeding verlaagd met een bedrag dan wel percentage verlaagd als genoemd onder de betreffende zorgaanspraak

lid 5 Indien en voor zover de zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de overeenkomst gehouden is, wordt verzekerde/verzekeringnemer geacht aan de zorgverzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de zorgverzekeraar van het voor/door verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

#### **Artikel 4 premie**

lid 1 Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.

lid 2 Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

lid 3 De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele korting wegens een eigen risico of een eventuele collectiviteitskorting (zie premiebijlage).

#### **Artikel 5 No-claimteruggave**

lid 1 Indien gedurende een kalenderjaar de waarde van de op basis van deze zorgpolis verzekerde zorg minder bedraagt dan € 255,- heeft de verzekerde jegens de zorgverzekeraar recht op betaling van een bedrag, de zogenaamde no-claimteruggave. Deze is gelijk aan het verschil tussen € 255,- en de waarde van de hierboven genoemde ontvangen zorg. De no-claimteruggave wordt afgerond op hele euro's.

Op de no-claimteruggave zijn niet van toepassing:  
- de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door het CTG vastgestelde tarief in rekening te brengen;  
- de kosten voor zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed (kraamzorg en verloskundige zorg).

lid 2 Verzekerden die op 31 december van het in het eerste lid bedoelde kalenderjaar jonger dan achttien jaar zijn komen niet in aanmerking voor een no-claimteruggave.

lid 3 Voor de toepassing van deze regeling als bedoeld in het eerste lid is de situatie op 31 december van het betreffende kalenderjaar doorslaggevend. Op basis hiervan vindt vaststelling van het recht op no-claimteruggave plaats en geschiedt uitbetaling vóór 1 april van het daarop volgende kalenderjaar. Als ná 1 april blijkt dat voor het voorgaande kalenderjaar alsnog kosten van zorg ten laste van de zorgverzekeraar worden gebracht, wordt het recht op de no-claimteruggave opnieuw door de zorgverzekeraar vastgesteld en ontstaat een vordering ter hoogte van het verschil tussen het uitgekeerde en het nieuw berekende bedrag. Deze vordering kan worden gecompenseerd met alle betalingen uit hoofde van deze verzekering aan de verzekeringnemer.

lid 4 Voor de bepaling van de hoogte van het bedrag op no-claimteruggave is de situatie bij aanvang van de verzekering of de situatie per 1 januari van enig jaar bepalend.

Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, of indien de verzekerde in de loop van het kalenderjaar achttien jaar is geworden, wordt de no-claimteruggave berekend door het te restitueren bedrag in het betreffende kalenderjaar te vermenigvuldigen met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep dan wel, indien de verzekerde achttien jaar werd, premie verschuldigd was, en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.

lid 5 Indien het voorgaande van toepassing is, wordt de no-claimteruggave berekend door van het bedrag dat op basis van het voorgaande lid berekend is, af te trekken de waarde van de verzekerde prestaties genoten vanaf respectievelijk tot de dag waarop de zorgverzekering inging respectievelijk eindigde, dan wel vanaf de dag waarop de verzekerde achttien jaar werd.

lid 6 Voor de vaststelling van de no-claimteruggave wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend.

#### **Artikel 6 Eigen risico**

lid 1 Het eigen risico is € 0,- tenzij een hoger eigen risico is overeengekomen.

lid 2 Een verzekerde van achttien jaar of ouder kan voor de verzekering een eigen risico van €100,-, €200,-, €300,-, €400,- of €500,- eigen risico per kalenderjaar overeenkomen.

lid 3 Indien een eigen risico wordt overeengekomen geldt de korting op de premiegrondslag zoals vermeld op de premiebijlage.

lid 4 De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent vallen buiten de kosten van het eigen risico:

Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:

- a. een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
- b. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.

In die gevallen waarin, op grond van één van de navolgende artikelen, een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het volmaken van het eigen risico.

lid 5 Kosten van zorg die ten laste van de zorgpolis worden vergoed, komen eerst in mindering op de no-claimteruggave, bedoeld in artikel 5, en worden daarna in de eventuele berekening van het eigen risico betrokken.

lid 6 Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het

hele jaar, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.

lid 7 Indien gedurende het kalenderjaar het in dat jaar geldende eigen risico bedrag wijzigt en de verzekeringnemer dan wel de verzekerde onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging reeds een zorgverzekering had gesloten, wordt het eigen risicobedrag op de volgende wijze berekend;

- ieder bedrag aan eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
- de op grond van onder a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld, en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
- de uitkomst van dit bedrag wordt afgerond in hele euro's.

lid 8 Voor de vaststelling van het eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

lid 9 Indien de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende zorg heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd.

#### **Artikel 7 Algemeen**

##### **lid 1 Vergoeding van de kosten van andere zorg dan in de polis omschreven**

In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op de vergoeding van kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze polis als vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en de verzekeraar voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.

##### **lid 2 Opname in een andere dan de verzekerde klasse**

Bij opname in een ziekenhuis in een andere dan de verzekerde klasse wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de laagste klasse.

##### **lid 3 Begin en einde van de vergoeding**

Indien op grond van de eerdere bepalingen in deze zorgpolis recht bestaat op vergoeding van gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover de zorg is genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

##### **lid 4 Registratie van de persoonsgegevens**

De bij de aanvraag van deze verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de verzekeraar gevoerde persoonsregistratie. De verwerking van deze gegevens geschiedt vertrouwelijk en overeenkomstig de voorschriften van de Wet Bescherming Persoonsgegevens.

##### **lid 5 Machtiging**

Een door de zorgverzekeraar afgegeven machtiging geldt niet langer dan de looptijd van de verzekering en is afgegeven onder voorbehoud van wijziging in wet en regelgeving.

##### **lid 6 Kennisgeving**

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan het laatst bekende adres of aan het adres van degene

door wiens bemiddeling de verzekering loopt, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

#### **Artikel 8 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde**

lid 1 De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht:

- bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een geldig legitimatiebewijs zijnde een rijbewijs, paspoort of Nederlandse identiteitskaart;
- de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien de medisch adviseur daarom vraagt;
- aan de zorgverzekeraar, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
- de zorgverzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- binnen 30 dagen aan de verzekeraar te melden dat de verzekerde gedetineerd is. Bij einde detentie dient dit eveneens binnen 30 dagen te worden gemeld aan de zorgverzekeraar.

lid 2 de originele nota's binnen drie jaren gerekend vanaf de factuurdatum, bij de zorgverzekeraar in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn.

lid 3 Indien de belangen van de zorgverzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen heeft de verzekerde geen aanspraak op zorg dan wel behoeft de zorgverzekeraar geen kosten te vergoeden c.q. mag deze de kosten terugvorderen.

#### **Artikel 9 Regres**

De verzekeringnemer of verzekerde is verplicht:

- de zorgverzekeraar inlichtingen te verschaffen en medewerking te verlenen bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde.
- alvorens met een derde, of degene die voor of namens de derde optreedt - daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde - een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, contact op te nemen met de zorgverzekeraar.

In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling te treffen, waaronder mede begrepen het verlenen van kwijting, waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten zou worden benadeeld.

Indien verzekerde geheel of gedeeltelijk niet voldoet aan het bepaalde is hij tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de kant van de zorgverzekeraar geleden schade.

#### **Artikel 10 Fraude**

lid 1 Fraude is het opzettelijk onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van vergoeding van de verzekeraar. Tevens omvat fraude het met opzet misleiden van de verzekeraar met als doel het afsluiten van een verzekeringsovereenkomst die de zorgverzekeraar bij juiste kennis van zaken niet of onder andere voorwaarden zou hebben gesloten.

lid 2 Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op vergoeding vervalt indien de verzekeringnemer en/of verzekerde en/of een bij de vergoeding belanghebbende

een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan met betrekking van een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor de verzekeraar bij de beoordeling van de ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor het hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

Lid 3 Als er sprake is van fraude als bedoeld in lid 1 van dit artikel, kan dit tot gevolg hebben dat de zorgverzekeraar aangifte doet bij de politie.

Lid 4 De zorgverzekeraar heeft het recht, per datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overgelegd, de overeenkomst te beëindigen

Lid 5 De zorgverzekeraar kan registratie doen in de tussen zorgverzekeraars erkende signaleringssystemen.

Lid 6 Als er sprake is van fraude, als bedoeld in lid 1 van dit artikel, heeft de zorgverzekeraar het recht tot terugvordering van de uitgekeerde vergoeding en gemaakte kosten.

#### **Artikel 11 Onrechtmatige inschrijving**

lid 1 Indien ten behoeve van een verzekerde een verzekeringsovereenkomst tot stand komt op grond van de Zorgverzekeringswet en later blijkt dat deze geen verzekeringsplicht had, vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop geen of niet langer verzekeringsplicht bestaat.

lid 2 De zorgverzekeraar zal de premie die de verzekerde vanaf de dag dat de verzekeringsplicht niet (langer) bestond, verrekenen met de sindsdien voor zijn rekening genoten zorg en het saldo aan de verzekerde uitbetalen dan wel bij hem in rekening brengen.

#### **Artikel 12 Premiebetaling en schorsing**

##### **lid 1 Premiebetaling**

a. De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen.

Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren.

Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

b. In geval van overlijden van de verzekerde vindt desgevraagd verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.

##### **lid 2 Schorsing**

Indien de verzekeringnemer de verschuldigde premie niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn.

Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking

gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de schorsing is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

##### **lid 3 Opschorting bij detentie**

De verzekering wordt van rechtswege opgeschort gedurende de periode dat een verzekerde gedetineerd is. Zodra de detentie eindigt, herleven de rechten en plichten weer.

#### **Artikel 13 Declaraties en schorsing**

##### **lid 1 Rechtstreeks betaalde declaraties**

De zorgverzekeraar heeft het recht om declaraties van zorgverleners, die bij de zorgverzekeraar zijn ingediend door de zorgverlener, rechtstreeks te voldoen aan de zorgverlener. Verzekeringnemer heeft recht op een specificatie van de betaalde bedragen door middel van een uitkeringsbrief.

##### **lid 2 Verschuldigde bedragen**

De in het vorige lid 1 genoemde declaratie zal door de zorgverzekeraar volledig aan de zorgverlener betaald worden, ook al komt de declaratie niet volledig voor vergoeding in aanmerking, door bijvoorbeeld een openstaand eigen risico of een beperkte vergoedingsregeling. Verzekeringnemer dient het eigen risico of vergoeding(en), voorzover deze boven de beperkte vergoedingsregeling uitkomen, te voldoen aan de zorgverzekeraar.

##### **lid 3 Vordering in het algemeen**

De in het vorige lid 2 omschreven bedragen zijn verschuldigd zodra verzekeringnemer de verzamelnota heeft ontvangen. De verzamelnota bevat een overzicht van de verschillende uitkeringsbrieven, waarin de verschuldigde bedragen zijn opgenomen. De verzekeringnemer dient de verschuldigde bedragen aan de zorgverzekeraar, binnen de in de verzamelnota genoemde termijn, te voldoen. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

##### **Lid 4 Schorsing**

Indien verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de verzamelnota genoemde termijn betaalt, volgt na de verzamelnota nog een aanmaning. Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn.

Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de schorsing is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

#### **Artikel 14 Kennisgeving relevante gebeurtenissen**

##### **lid 1 Kennisgeving**

De verzekeringnemer is verplicht binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van

betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d.

### **lid 2 Bereiken van de achttienjarige leeftijd door een verzekerde**

De zorgverzekeraar benadert de verzekerde dan wel zijn of haar verzekeringnemer tenminste 6 weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt met de vraag voor welk eigen risico wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie. Als de verzekeringnemer dan wel de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan de zorgverzekeraar kenbaar maakt binnen de in de mededeling genoemde termijn wordt een premie berekend, overeenkomend met een polis zonder eigen risico.

### **Artikel 15 Herziening van premie of voorwaarden**

lid 1 De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende zorgpolissen en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum. De zorgverzekeraar doet van de voorgenomen herziening mededeling, eventueel op de premiekwitanties.

lid 2 De verzekeringnemer, die niet met een dergelijke herziening akkoord gaat, kan de verzekering per de in het eerste lid genoemde datum beëindigen, mits hij dit binnen 30 dagen na de wijziging schriftelijk aan de zorgverzekeraar mededeelt.

### **Artikel 16 Begin en einde van de verzekering**

#### **16.1 Begin van de zorgverzekering**

lid 1 De zorgverzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek tot het sluiten van de zorgverzekering van de verzekeringnemer heeft ontvangen.

lid 2 Indien degene ten behoeve van wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek, bedoeld in het eerste lid, ontvangt reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is, en de verzekeringnemer aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in het eerste of tweede lid, gaat de verzekering op die latere dag in.

lid 3 Indien de zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zolang in afwijking van artikel 7.17.1.1, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.

#### **16.2 Duur van de zorgverzekering**

lid 1 De verzekeringnemer kan de zorgverzekering voor 1 november van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. Indien de verzekeringnemer de zorgverzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

lid 2 De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan de zorgverzekering opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering wordt verzekerd.

lid 3 De verzekeringnemer kan de zorgverzekering opzeggen in de periode gelegen tussen de datum waarop zijn zorgverzekering hem het voornemen tot verhoging

van de grondslag van de premie heeft meegedeeld en de inwerkingtreding van die verhoging.

lid 4 Indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde plaatsvindt, kan de verzekeringnemer de zorgverzekering opzeggen tenzij deze wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De verzekeringnemer kan de zorgverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat en in ieder geval heeft de verzekeringnemer hiervoor 30 dagen nadat de wijziging hem is medegedeeld.

lid 5 De opzegging, bedoeld in het tweede lid, of in het derde lid gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.

lid 6 In afwijking van het vijfde lid gaat een opzegging, bedoeld in het tweede lid, in met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens de andere zorgverzekering wordt verzekerd, indien die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door de zorgverzekeraar is ontvangen.

### **16.3 Beëindiging van rechtswege**

lid 1 De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop: de verzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren; de verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar komt te wonen; de verzekerde overlijdt. De zorgverzekeraar dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld; de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt doordat de verzekerde niet meer is verzekerd op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.

lid 2 De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de dag waarop de verzekerde, zonder dat zijn verzekeringsplicht eindigt, ten gevolge van verhuizing komt te wonen buiten een provincie waarin zijn zorgverzekeraar de ten behoeve van hem gesloten zorgverzekering aanbiedt of uitvoert.

lid 3 De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering op grond van het eerste lid, onderdeel a of b eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.

lid 4 De verzekeringnemer stelt de zorgverzekeraar onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het eerste lid, onderdeel c of d, dan wel het tweede lid tot het einde van de zorgverzekering hebben geleid of kunnen leiden.

lid 5 Indien de zorgverzekeraar op grond van het in het vierde lid bedoelde gegeven tot de conclusie komt dat de zorgverzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.

lid 6 Aan een opzegging of ontbinding van de zorgverzekering wegens het niet betalen van de

verschuldigde premie, wordt geen terugwerkende kracht verleend.

lid 7 Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens na schorsing als bedoeld in artikel 12 lid 2 en artikel 13 lid 4 of na fraude als bedoeld in artikel 10.

#### **Artikel 17 Geschillen**

lid 1 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

lid 2 Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door de zorgverzekeraar, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, kan hij de zorgverzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de afdeling Cliëntenservice, telefoonnummer (033) 464 25 55 of email: cliëntenservice@amersfoortse.nl.

lid 3 Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet binnen 6 weken door de zorgverzekeraar wordt gereageerd, dan wel de zorgverzekeraar gemotiveerd aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of de verzekerde zich wenden tot de bevoegde rechter.

lid 4 In afwijking van het voorgaande lid kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil voorleggen aan de Geschillencommissie Uitvoering Zorgverzekeringswet. Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het op de commissie toepasselijke reglement.

#### **Artikel 18 Geneeskundige zorg**

##### **Artikel 18.1 Huisarts**

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor geneeskundige hulp door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden. De aanspraak op zorg door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek.

##### **Artikel 18.2 Medisch-specialistische zorg**

lid 1 Voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of een andere medisch-specialist. In het geval dat het medisch-specialistische zorg betreft wegens zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.

##### **lid 2 Ziekenhuis en ZBC**

###### **a. Ziekenhuisopname**

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor opname op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende

paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

###### **b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg**

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor de medisch-specialistische behandeling en de met de behandeling gepaard gaande verpleging (dagopname), alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Voorts bestaat aanspraak op voor medisch-specialistische behandeling in een door de zorgverzekeraar gecontracteerd ZBC. De aanspraak omvat de medisch-specialistische behandeling en de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Een overzicht van de gecontracteerde ZBC's is op te vragen bij de zorgverzekeraar en te vinden op de website [www.amersfoortse.nl](http://www.amersfoortse.nl).

Bij zorg in een niet-gecontracteerde ZBC vindt een kostenvergoeding plaats van het in rekening gebrachte tot maximaal 100% van de prijs van de behandeling van de gecontracteerde ZBC's.

Verder bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch-specialist of elders. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor de medisch-specialistische behandeling alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

###### **c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard**

Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak op de vergoeding van kosten, indien die strekt ter correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltepletelen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

###### **d. Uitgesloten behandelingen**

- Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor behandelingen – daaronder begrepen de kosten van de in dat verband benodigde farmaceutische zorg - gericht op het buiten het lichaam tot stand brengen van menselijke embryo's en de implantatie van één of meer van die embryo's in de baarmoeder van de verzekerde, met uitzondering van de tweede en derde in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap.
- Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor:
  - behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
  - abdominoplastiek en liposuctie van de buik;



- het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- het operatief verwijderen en plaatsen van een borstprothese na het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op de circumcisie van mannelijke verzekerde (besnijdenis).

### **Artikel 18.3 Verloskundige zorg en kraamzorg**

De vrouwelijke verzekerde en haar kind hebben aanspraak op de vergoeding van kosten voor verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden en aanspraak op kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. De verloskundige zorg kan worden verleend door een verloskundige, een huisarts of een medisch specialist, met dien verstande dat deze zorg verstrekt dient te worden zoals een verloskundige die pleegt te bieden, al dan niet in combinatie met zorg vanuit een kraamhotel. Onder kraamzorg wordt in dit kader verstaan: de zorg verleend door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum of kraamhotel verbonden dan wel zelfstandig werkend of aan een kraamcentrum verbonden kraamverzorgende, die zowel moeder en kind en - voor zover van toepassing - de huishouding verzorgt. Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

#### *a. Bevalling en kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak*

Indien en voor zover verblijf in een ziekenhuis naar het oordeel van de verloskundige of huisarts medisch noodzakelijk is, bestaat voor de moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) aanspraak op de vergoeding van kosten van medisch-specialistische zorg als bedoeld in artikel 18.2 al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis.

#### *b. Bevalling en kraambed in een ziekenhuis en kraamcentrum zonder medische noodzaak*

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

- verloskundige hulp en kraamzorg.

De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,- per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 100,50 per dag te boven gaat.

De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis

#### *c. Kraamzorg in een kraamcentrum of thuis, na bevalling in een ziekenhuis*

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg in een kraamcentrum plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op de vergoeding van kosten van kraamzorg. De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,- per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het kraamcentrum € 100,50 per dag te boven gaat.

De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het kraamcentrum, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het kraamcentrum.

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op kraamzorg zoals omschreven in lid d sub c, met dien verstande dat indien de kraamzorg reeds gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, het aantal dagen in het ziekenhuis doorgebracht in mindering wordt gebracht op de in lid d sub c genoemde termijn van ten hoogste 10 dagen.

#### *d. Bevalling en kraambed thuis*

Indien de bevalling en het kraambed thuis plaatsvinden bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor:

- a. verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg);
- Daarnaast bestaat aanspraak op:
  - b de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
  - c kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een gecontracteerd kraamcentrum, van ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend door het kraambureau in overleg met de zorgverzekeraar.

Een overzicht van de gecontracteerde kraamzorgcentra is op te vragen bij de zorgverzekeraar en te vinden op de website [www.amersfoortse.nl](http://www.amersfoortse.nl). Om aanspraak te maken op de kraamzorg kan contact opgenomen worden met de afdeling Managed Care.

Op de vergoeding onder c) blijft een bedrag van € 3,50 per uur zorg voor rekening van de verzekerde.

Bij kraamzorg door een niet-gecontracteerd kraamcentrum vindt een kostenvergoeding plaats van het in rekening gebrachte tot maximaal 100% van de prijs van de kraamzorg als ware deze geleverd door het gecontracteerde kraamcentrum.

### **Artikel 18.4 Revalidatie**

- a. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor revalidatie doch uitsluitend indien en voor zover:
  - deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag en,
  - de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.
- b. Revalidatie kan plaatsvinden:
  - in een klinische situatie, revalidatie gepaard gaande met meerdaagse opname, mits daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
  - in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

### **Artikel 18.5 Organtransplantaties**

a. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor transplantatie in een ziekenhuis van de volgende weefsels en organen: beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever (orthotoop), long, hart/long, nier/pancreas.

Onder de aanspraak op de vergoeding van kosten vallen tevens de vergoeding van kosten van de specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor.

Voorts vallen onder de aanspraak de vergoeding van kosten voor het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie.

b. De donor heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van de zorg conform deze polis, gedurende ten hoogste dertien weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of ter verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, uitsluitend indien en voor zover de verleende zorg verband houdt met die opname.

Voorts kan de donor aanspraak maken op de vergoeding van kosten voor vervoer dan wel de vergoeding van de kosten van het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel – indien en voor zover medisch noodzakelijk – per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige volzin. Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gedeelde inkomsten.

Aanspraak op de vergoeding van kosten ingevolge dit artikel bestaat uitsluitend na toestemming vooraf door de zorgverzekeraar. De kosten van transplantaties van andere organen vallen niet onder de dekking.

#### **Artikel 18.6 Dialyse**

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse verleend ten huize van de verzekerde al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging en voor de behandeling benodigde geneesmiddelen en psychosociale begeleiding van verzekerde alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

Tot de aanspraak op de vergoeding van kosten voor niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse ten huize van de verzekerde behoort tevens:

- de kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- de kosten van het in bruikleen geven van de dialyse-apparatuur met toebehoren, de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;
- de kosten voor de te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover de zorgverzekeraar die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- de overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover de zorgverzekeraar die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- de kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

Deze zorg komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als tijdig en vooraf schriftelijk toestemming is aangevraagd bij de zorgverzekeraar.

#### **Artikel 18.7 Mechanische beademing**

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor de verzekerde op noodzakelijke mechanische beademing, alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg, verblijf, verpleging en verzorging in een beademingscentrum. In het geval de beademing plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de verzekerde bestaat de vergoeding van kosten voor de zorg uit:

- het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur;
- de met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg te verlenen door of vanwege een beademingscentrum.

Voor deze zorg is een verwijzing noodzakelijk door een medisch-specialist.

#### **Artikel 18.8 Oncologische aandoening bij kinderen**

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van centrale (referentie)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

Voor deze zorg is een verwijzing noodzakelijk door een medisch-specialist.

#### **Artikel 18.9 Trombosedienst**

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van zorg door de trombosedienst op voorschrift van een arts.

De zorg omvat:

- a. het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
- b. verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van verzekerde;
- c. het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten;
- d. het opleiden van de verzekerde, bedoeld in onderdeel c, in het gebruik van de in dat lid aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen;
- e. het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

#### **Artikel 18.10 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering**

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg 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 advisering plaatsvinden.

Voor deze zorg is een verwijzing door een medisch-specialist noodzakelijk.

**Artikel 18.11 Audiologische zorg**

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor zorg verleend door een audiologisch centrum, bestaande uit:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de gehoorapparatuur;
- psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot zeven jaar.

Voor deze zorg is een verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts of keel-, neus- en oortarts noodzakelijk.

**Artikel 18.12 Paramedische zorg****lid 1 Paramedische zorg**

De aanspraak op de vergoeding van kosten van paramedische zorg omvat oefentherapie, ergotherapie, logopedie en dieetadvisering. Verder omvat de paramedische zorg de aanspraak op zorg door een gecontracteerde fysiotherapeut. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.

Paramedische zorg komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als tijdig en vooraf schriftelijk toestemming is aangevraagd bij de zorgverzekeraar met behulp van een verwijzing met medische indicatie van de behandelend arts of medisch-specialist.

**lid 2 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder**

Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder omvat - vanaf de tiende behandeling - de noodzakelijke behandelingen, door een fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut, in geval er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. Deze bijlage is op aanvraag verkrijgbaar en is te raadplegen op de website [www.amersfoortse.nl](http://www.amersfoortse.nl).

**lid 3 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar**

Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar omvat de noodzakelijke behandelingen, door een (kinder)fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut, in geval er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. Deze bijlage is op aanvraag verkrijgbaar en is te raadplegen op de website [www.amersfoortse.nl](http://www.amersfoortse.nl).

Voor andere dan een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening omvat fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar maximaal negen behandelingen door een (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, dan wel oedeemtherapeut per indicatie per kalenderjaar. Op verwijzing van een arts of medisch-specialist bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van maximaal negen extra behandelingen door een fysiotherapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar per indicatie per kalenderjaar, indien sprake is van een ontoereikend resultaat.

Bij zorg door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut vindt een kostenvergoeding plaats van het in rekening gebrachte tot maximaal 100% van de prijs van de behandeling door een gecontracteerde fysiotherapeut.

Een overzicht van de gecontracteerde fysiotherapeuten is op te vragen bij de zorgverzekeraar en te vinden op de website [www.amersfoortse.nl](http://www.amersfoortse.nl).

**lid 4 Ergotherapie**

Ergotherapie omvat advisering, instructie, training of behandeling gedurende maximaal 10 behandelingen per kalenderjaar te verlenen door een ergotherapeut in zijn huispraktijk of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

**lid 5 Logopedie**

Logopedie omvat behandeling, op voorschrift van de (tand-)arts of orthopedagoog door een logopedist, voor zover de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid.

**lid 6 Dieetadvisering**

Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist(e) met een geneeskundig doel, op verwijzing van een arts of tandarts, gedurende maximaal 4 behandelingen per kalenderjaar.

**Artikel 18.13 Mondzorg****lid 1 Algemeen**

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten van zorg zoals tandartsen, kaakchirurgen en orthodontisten plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

- a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groei- of verworven afwijking van het tand-, kaak-, mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
- c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

Voor deze zorg is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag is een schriftelijke motivering van de tandarts, kaakchirurg of medisch-specialist vereist.

**lid 2 implantaat**

Het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur is tevens onder de zorg in het eerste lid onder a begrepen, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Voor deze zorg is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag is een schriftelijke motivering van de tandarts, kaakchirurg of medisch-specialist vereist.

### **lid 3 Orthodontie**

Orthodontische hulp is slechts onder de zorg bedoeld in het eerste lid begrepen, in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-, kaak-, mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Deze zorg komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als tijdig en vooraf schriftelijk toestemming is aangevraagd bij de zorgverzekeraar met behulp van een begroting en van een verwijzing met medische indicatie van de behandelend tandarts, kaakchirurg of medisch-specialist.

### **lid 4 Tandheelkunde voor verzekerden jonger dan 18 jaar**

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen dan het eerste lid:

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- b. incidenteel tandheelkundig consult;
- c. het verwijderen van tandsteen;
- d. fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- e. sealing;
- f. parodontale hulp;
- g. anesthesie;
- h. endodontische hulp;
- i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- j. gnathologische hulp;
- k. uitneembare prothetische voorzieningen;
- l. tandvervangende hulp met niet-plastische materialen, indien het de vervanging van één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
- m. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

Indien de verzekerde is aangewezen op de hulp, bedoeld onder l. bestaat in afwijking van het bepaalde onder m, aanspraak op het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat. Hiervoor is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag dient een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelingsplan gevoegd te worden.

### **lid 5 Tandheelkunde voor verzekerden ouder dan 18 jaar**

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c,  
- chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van het tandheelkundig implantaat.  
- uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.

### **lid 6 Gebitsprothese**

Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor de boven- en/of onderkaak komen voor vergoeding de kosten in aanmerking van een volledige immediaatprothese, dan wel een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese.

Bij deze behandelingen wordt 75 % van de kosten vergoed.

Voor 100% worden de kosten vergoed van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese.

Indien de volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde komt in plaats van de vigerende UPT(Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o. goedgekeurde tarief in aanmerking.

Ook geldt de voorwaarde dat toestemming van de zorgverzekeraar noodzakelijk is als de volledige vervangingsprothese binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.

### **lid 7 Eigen bijdrage prothese op implantaten**

De verzekerde is voor een volledige prothetische voorziening te plaatsen op implantaten, die geleverd wordt in het kader van de zorg zoals bedoeld in het eerste lid, een eigen bijdrage verschuldigd van € 90,-.

### **lid 8 Eigen bijdrage volwassenen**

De verzekerde van achttien jaar en ouder, die zijn aanspraken ingevolge het eerste lid onder a, onderscheidelijk de extreem angstige verzekerde, die zijn aanspraken ingevolge het eerste lid onder b tot gelding brengt, is, indien het preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare prothetische voorzieningen betreft, een bijdrage verschuldigd ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht indien zodanige prestaties niet in het kader van bijzondere tandheelkunde (derhalve slechts tegen het reguliere tandheelkundige tarief) zouden worden geleverd. De eerste volzin is niet van toepassing op een uitneembare volledige prothetische voorziening.

### **Artikel 18.14 Farmaceutische zorg**

lid 1 Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op de vergoeding van kosten van aflevering van:

- a. de door de zorgverzekeraar op basis van de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
- b. andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd indien het rationele farmacotherapie betreft;
- c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

lid 2 De onder artikel 18.14 lid 1 a genoemde aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van aflevering van die geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering en als zodanig tevens zijn aangewezen door de zorgverzekeraar. Een en ander is nader uitgewerkt in Het Reglement Farmaceutische Zorg van de zorgverzekeraar. Het Reglement Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Deze is te raadplegen op de website [www.amersfoortse.nl](http://www.amersfoortse.nl) en wordt desgevraagd toegezonden.

De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen tenminste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Indien het echter niet medisch verantwoord is de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

Tenzij de zorgverzekeraar nadere afspraken heeft gemaakt met de betreffende zorgaanbieder, dienen de onder lid 1 genoemde middelen te zijn afgeleverd op voorschrift van een arts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige. Aflevering geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheehouder huisarts.

Voor de aanspraak op de vergoeding van een aantal geneesmiddelen gelden de nadere voorwaarden zoals opgenomen op bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. In aansluiting daarop stelt de zorgverzekeraar in zijn Reglement Farmaceutische Zorg nadere voorwaarden met betrekking tot de doelmatigheid van de aflevering van een aantal geneesmiddelen.

De onder artikel 18.14 lid 1 b genoemde aanspraak op de vergoeding van kosten is, voor wat betreft geneesmiddelen als bedoeld in artikel 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten die in Nederland mogen worden afgeleverd, beperkt tot een verzekerde die lijdt aan een ziekte die in Nederland minder vaak voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. Tevens geldt de onder lid 1 sub b genoemde aanspraak op vergoeding van kosten niet voor geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen geregistreerd geneesmiddel.

lid 3 Er is alleen aanspraak op levering van dieetpreparaten als er sprake is van een ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis, chronisch obstructief longlijden, cystic fibrosis of een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand.

Voor levering van dieetpreparaten dient tijdig en vooraf schriftelijk toestemming te zijn aangevraagd bij de zorgverzekeraar met behulp van een verwijzing met medische indicatie van de behandelend arts, medisch-specialist of consultatie bureauarts.

Bij levering van dieetpreparaten door een niet-gecontracteerde leverancier vindt een kostenvergoeding plaats van het in rekening gebrachte tot maximaal 100% van de prijs van de dieetpreparaten door de gecontracteerde leveranciers.

Een overzicht van de gecontracteerde leveranciers is op te vragen bij de zorgverzekeraar en te vinden op de website [www.amersfoortse.nl](http://www.amersfoortse.nl).

#### **Artikel 18.15 Hulpmiddelenzorg**

lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten of op de verstrekking van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen. Verstrekking van hulpmiddelen geschiedt door een door de zorgverzekeraar tot dat doel gecontracteerde leverancier.

De omvang van de aanspraak op de vergoeding van kosten wordt bepaald door de Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en

eigen bijdragen). In het Reglement Hulpmiddelen zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen. In het Reglement Hulpmiddelen wordt nader gespecificeerd welke middelen door een gecontracteerde leverancier worden verstrekt en welke middelen voor vergoeding in aanmerking komen.

Bij verstrekking van hulpmiddelen door een niet-gecontracteerde leverancier vindt een kostenvergoeding plaats van het in rekening gebrachte tot maximaal 100% van de prijs van het betreffende hulpmiddel door de gecontracteerde leveranciers.

Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Deze is te raadplegen op de website [www.amersfoortse.nl](http://www.amersfoortse.nl) en wordt desgevraagd toegezonden.

lid 2 Daar waar de zorgverzekeraar dit heeft aangegeven in zijn Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende medische hulpmiddel zijn voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

lid 3 De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering en/of het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

lid 4 Er bestaat uitsluitend recht op vergoeding van kosten van medische hulpmiddelen indien deze noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn, een en ander ter beoordeling van de zorgverzekeraar.

lid 5 Aanspraak op de vergoeding van kosten van verbandmiddelen bestaat alleen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

lid 6 Hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd in het kader van een ziekenhuisopname of een medisch-specialistische behandeling, en die kunnen worden geacht deel uit te maken van die opname of behandeling, vallen niet onder de dekking. Evenmin vallen onder de aanspraak de vergoeding van kosten die medische hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ.

#### **Artikel 18.16 Ziekenvervoer**

##### **lid 1 Algemeen**

Met betrekking tot het ziekenvervoer worden onderscheiden het vervoer per ambulance en het zittend ziekenvervoer. Van zittend ziekenvervoer is sprake bij vervoer per openbaar vervoermiddel, taxi of eigen auto.

##### **lid 2 Ambulancevervoer**

Aanspraak op de vergoeding van kosten bestaat voor medisch noodzakelijk vervoer per ambulance in Nederland, door een door de zorgverzekeraar tot dat doel gecontracteerde ambulancevervoerder, doch uitsluitend indien en voor zover ander vervoer (per openbaar vervoermiddel, taxi of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is, en over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, tenzij de zorgverzekeraar toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.

lid 3 De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat het vervoer naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten – met inachtneming van een eventueel eigen risico – geheel of gedeeltelijk ten laste van deze verzekering komen. Voorts omvat de aanspraak het vervoer naar een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven. De aanspraak op de vergoeding van kosten behelst verder het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ een onderzoek of een behandeling zal ondergaan, alsmede de kosten van het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt. De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat tevens het vervoer vanaf eerdergenoemde zorgverleners en instellingen naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de verzorging kan krijgen.

lid 4 Tot de aanspraak op de vergoeding van kosten behoort niet het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.

#### **lid 5 Zittend ziekenvervoer**

Mits vooraf aangevraagd, bestaat, van en naar de in lid 3 genoemde zorgverleners, aanspraak op taxivervoer of op de vergoeding van kosten van vervoer per openbaar vervoermiddel in de laagste klasse of eigen auto, over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, en indien sprake is van één van de navolgende situaties:

- de verzekerde nierdialyse moet ondergaan;
- de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- de verzekerde die zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen en vervoerd moet worden van en naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt;
- het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt.

De zorgverzekeraar kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.

Indien de zorgverzekeraar de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Bij taxivervoer door een niet-gecontracteerde vervoerder vindt een kostenvergoeding plaats van het in rekening gebrachte tot maximaal 100% van de prijs van het taxivervoer van de door Transvision gecontracteerde vervoerder.

Informatie over Transvision is te vinden op de website [www.amersfoortse.nl](http://www.amersfoortse.nl). Voor aanspraak op taxivervoer kan verzekerde contact opnemen middels 0900-33 33 33 0 (15 cent per minuut).

#### **lid 6 Hardheidsclausule**

Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op zittend

ziekenvervoer, en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de behandelend arts.

**lid 7** Indien zittend ziekenvervoer per openbaar vervoermiddel, taxi of eigen auto niet mogelijk is, kan de zorgverzekeraar vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer door middel van een ander middel van vervoer.

**lid 8** Het ziekenvervoer omvat tevens het vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is dan wel het betreft de begeleiding van een verzekerde, jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar vooraf worden gevraagd vervoer van twee begeleiders toe te staan.

**lid 9** Voor zittend ziekenvervoer komt een bedrag van € 83,- per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,24 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route.

### **Artikel 18.17 Buitenland**

#### **lid 1 Algemeen**

De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 3 lid 2 van zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.

**lid 2** De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:

- aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering:

\* tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend;

\* indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

**lid 3** De verzekerde die verblijft in een land dat geen EU-land of Verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering:

\* tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend.;

\* indien en voor zover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

**lid 4** Het tweede lid van dit artikel is van overeenkomstige toepassing op een verzekerde die in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en die tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of Verdragsland.

#### **Lid 5 Ziekenhuisopname melden**

Bij opname in een ziekenhuis is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist, tenzij er sprake is van spoedeisende zorg. Spoedeisende zorg is onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Bij spoedeisende

zorg is verzekerde verplicht direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International.

#### **Lid 6 Betaling**

Uitkering vindt plaats in Nederland in een Nederlands wettig betaalmiddel tegen de omrekenkoers op de dag dat de zorgverzekeraar de uitkering vaststelt.

#### **Artikel 19 Uitsluitingen:**

Geen aanspraak bestaat op zorg of de vergoeding van kosten voor:

- de eigen bijdrage krachtens de AWBZ en die van bevolkingsonderzoek;
  - aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de Ministeriële Regeling anders is bepaald;
  - griepvaccinaties;
  - alternatieve geneeswijzen;
  - geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland;
  - kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgaas ter zake van verloskundige zorg;
  - declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;
  - voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf;
  - Als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 of de wet Wet toezicht natura- uitvaartverzekeringsbedrijf van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg dan wel de vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.
- In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de wet of artikel 3.16 van het Besluit zorverzekering een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in de eerste volzin, recht op prestaties van een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van dit besluit te bepalen omvang.

#### **Artikel 20 Diensten Managed Care**

De verzekerde kan voor zorgbemiddeling terecht bij de ervaren verpleegkundigen van de afdeling Managed Care. Zorgbemiddeling houdt in dat wij actief opzoek gaan om binnen redelijke termijn de beste zorg voor de verzekerde te vinden. Verder kan verzekerde terecht voor onder meer: wachtlijstbemiddeling (snellere behandeling in een ander ziekenhuis, eventueel in het buitenland of in een privé-kliniek), het organiseren van hulpmiddelen, advisering over kraamzorg en algemene informatie over gezondheid, ziekte en preventie. De afdeling Managed Care is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer (033) 464 28 81 en per mail via [managed.care@nl.fortis.com](mailto:managed.care@nl.fortis.com).

#### **Clausule Terrorisme**

Op deze verzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT). De tekst van de clausule terrorismedekking is op verzoek bij de zorgverzekeraar opvraagbaar.

# Basisverzekering Optimaal

## Polisvoorwaarden

### Inhoudsopgave

1	Begripsomschrijvingen
2	Grondslag van de verzekering
3	Prestatiewijze en dekking
4	Premie
5	No-claimteruggave
6	Eigen risico
7	Algemeen
8	Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde
9	Regres
10	Fraude
11	Onrechtmatige inschrijving
12	Premiebetaling en schorsing
13	Declaraties en schorsing
14	Kennisgeving relevante gebeurtenissen
15	Herziening van premie of voorwaarden
16	Begin en einde van verzekering
17	Geschillen
18	Geneeskundige zorg
	Huisarts 18.1
	Medisch-specialistische zorg 18.2
	Verloskundige zorg en kraamzorg 18.3
	Revalidatie 18.4
	Orgaantransplantatie 18.5
	Dialyse 18.6
	Mechanische beademing 18.7
	Leukemie bij kinderen 18.8
	Trombosedienst 18.9
	Erfelijkheidsonderzoek 18.10
	Audiologische zorg 18.11
	Paramedische Zorg 18.12
	Mondzorg 18.13
	Farmaceutische zorg 18.14
	Hulpmiddelenzorg 18.15
	Ziekenvervoer 18.16
	Buitenland 18.17
19	Uitsluitingen
20	Diensten Managed Care
	Clausule Terrorisme

### Artikel 1 Begripsomschrijvingen

#### 1.1 Apotheekhoudend huisarts

Een arts, die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, op grond van artikel 6 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening bevoegd is tot uitoefening van de artsnijbereidkunst en een erkenning heeft als apotheekhouder.

#### 1.2 Apotheker

Een erkende apotheker die voldoet aan de eisen zoals omschreven in de Wet BIG en als zodanig staat ingeschreven in het register der apothekers.

#### 1.3 AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

#### 1.4 Bekkenterapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkenterapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

#### 1.5 Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven in het betreffende register van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

#### 1.6 Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

#### 1.7 Centrum voor erfelijkheidsadvies

Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

#### 1.8 CTG/Zorgautoriteit i.o.

Het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting.

#### 1.9 Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

#### 1.10 Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiencode, door het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit i.o. vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

#### 1.11 Dienstenstructuur

Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 29c van het Besluit werkings sfeer Wet Tarieven Gezondheidszorg 1992 dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

#### 1.12 Diëtist

Een diëtist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

#### 1.13 Ergotherapeut

Een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".



**1.14 EU- en EER-staat**

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Cyprus(Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden.

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

**1.15 Farmaceutische zorg**

De aflevering van de bij of krachtens het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde reglement.

**1.16 Fysiotherapeut**

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

**1.17 Gecontracteerde zorg**

De zorg die de zorgverzekeraar op basis van de Zorgverzekeringswet verplicht is op basis van een tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gesloten overeenkomst te verlenen dan wel te vergoeden.

**1.18 Huisarts**

Een arts die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

**1.19 Hulpmiddelenzorg**

De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde Reglement Hulpmiddelen inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

**1.20 Kaakchirurg**

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

**1.21 Kinderfysiotherapeut**

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

**1.22 Kraamcentrum**

Een instelling, conform bij of krachtens de wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling.

**1.23 Kraamzorg**

De zorg verleent door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum of kraamhotel verbonden kraamverzorgster of kraamverzorgende, die zowel moeder en kind en - voor zover van toepassing - de huishouding verzorgt.

**1.24 Laboratoriumonderzoek**

Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat volgens bij of krachtens de wet gestelde regels als zodanig is toegelaten.

**1.25 Logopedist**

Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

**1.26 Manueel therapeut**

Een 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 Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

**1.27 Medisch adviseur**

De arts, die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

**1.28 Medisch-specialist**

Een arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

**1.29 Mondhygiënist**

Een vrijgevestigd mondhygiënist die is opgeleid conform het Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied mondhygiënist".

**1.30 Oedeemtherapeut**

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

**1.31 Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck**

Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

**1.32 Opname**

Opname in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden.

**1.33 Orthodontist**

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

**1.34 Revalidatie**

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verbonden aan een conform de bij of krachtens de wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

**1.34 SOS International**

BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International, Hoogoorddreef 58, 1101 BE Amsterdam. Telefoon (020) 651 51 51, fax (020) 651 51 09.

**1.35 Tandarts**

Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

**1.36 Tandprotheticus**

Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

**1.37 Verblif**

Opname met een duur langer dan 24 uur.

**1.38 Verdragsland**

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, anders lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische ruimte, of Zwitserland.

#### 1.40 Verloskundige

Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

#### 1.41 Verzekerde

Ieder die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

#### 1.42 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

#### 1.43 Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

#### 1.44 Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

Een centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij of krachtens de wet gestelde regels is toegelaten.

#### 1.45 Ziekenhuis

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij of krachtens de wet gestelde regels is toegelaten. Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlandse Astma Centrum Davos.

#### 1.46 Zorgverzekeraar

Fortis Ziektekostenverzekeringen N.V.

### Artikel 2 Grondslag van de verzekering

lid 1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De modelovereenkomst, als bedoeld in artikel 1 sub h Zorgverzekeringswet, is vastgelegd in de zorgpolis als bedoeld in artikel 1 sub i Zorgverzekeringswet. Deze zorgpolis (welke is neergelegd in het polisblad) wordt jaarlijks verstrekt aan de verzekeringnemer. Indien deze een andere persoon is dan de verzekerde, wordt het polisblad verstrekt aan verzekerde.

lid 2 Naast de zorgpolis verstrekt de zorgverzekeraar als bewijs van de verzekeringsovereenkomst een verzekeringspas op vertoon waarvan de verzekerde de zorg kan invoeren bij door zorgverzekeraars gecontracteerde zorgaanbieder(s) waar op basis van deze polis aanspraak bestaat.

lid 3 De kosten van zorg op basis van deze zorgpolis kunnen behoudens eigen bijdragen door de verzekerde bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd, tenzij er een overeenkomst is tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar op grond waarvan rechtstreekse declaratie bij de zorgverzekeraar plaatsvindt.

lid 4 De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

lid 5 De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

### Artikel 3 Prestatiewijze en dekking

lid 1 Deze zorgpolis omvat de aanspraak op vergoeding van kosten. Deze zorgpolis kan door of ten behoeve van elke verzekeringsplichtige in Nederland alsmede in buitenland woonachtige verzekeringsplichtige worden afgesloten.

lid 2 De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;  
- indien en voorzover geen (maximum-)tarief, op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

lid 3 Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd, heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een zorgaanbieder, of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert de zorgverzekeraar voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend medisch inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

lid 4 Indien en voor zover de zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de overeenkomst gehouden is, wordt verzekerde/verzekeringnemer geacht aan de zorgverzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de zorgverzekeraar van het voor/door verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

### Artikel 4 premie

lid 1 Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.

lid 2 Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

lid 3 De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele korting wegens een eigen risico of een eventuele collectiviteitskorting (zie premiebijlage).

### Artikel 5 No-claimteruggave

lid 1 Indien gedurende een kalenderjaar de waarde van de op basis van deze zorgpolis verzekerde zorg minder bedraagt dan € 255,- heeft de verzekerde jegens de zorgverzekeraar recht op betaling van een bedrag, de zogenaamde no-claimteruggave. Deze is gelijk aan het verschil tussen € 255,- en de waarde van de hierboven genoemde ontvangen zorg. De no-claimteruggave wordt afgerond op hele euro's.

Op de no-claimteruggave zijn niet van toepassing:  
- de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door het CTG vastgestelde tarief in rekening te brengen;  
- de kosten voor zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed (kraamzorg en verloskundige zorg).

lid 2 Verzekerden die op 31 december van het in het eerste lid bedoelde kalenderjaar jonger dan achttien jaar

zijn komen niet in aanmerking voor een no-claimteruggave.

lid 3 Voor de toepassing van deze regeling als bedoeld in het eerste lid is de situatie op 31 december van het betreffende kalenderjaar doorslaggevend. Op basis hiervan vindt vaststelling van het recht op no-claimteruggave plaats en geschiedt uitbetaling vóór 1 april van het daarop volgende kalenderjaar. Als ná 1 april blijkt dat voor het voorgaande kalenderjaar alsnog kosten van zorg ten laste van de zorgverzekeraar worden gebracht, wordt het recht op de no-claimteruggave opnieuw door de zorgverzekeraar vastgesteld en ontstaat een vordering ter hoogte van het verschil tussen het uitgekeerde en het nieuw berekende bedrag. Deze vordering kan worden gecompenseerd met alle betalingen uit hoofde van deze verzekering aan de verzekeringnemer.

lid 4 Voor de bepaling van de hoogte van het bedrag op no-claimteruggave is de situatie bij aanvang van de verzekering of de situatie per 1 januari van enig jaar bepalend.

Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, of indien de verzekerde in de loop van het kalenderjaar achttien jaar is geworden, wordt de no-claimteruggave berekend door het te restitueren bedrag in het betreffende kalenderjaar te vermenigvuldigen met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep dan wel, indien de verzekerde achttien jaar werd, premie verschuldigd was, en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.

lid 5 Indien het voorgaande van toepassing is, wordt de no-claimteruggave berekend door van het bedrag dat op basis van het voorgaande lid berekend is, af te trekken de waarde van de verzekerde prestaties genoten vanaf respectievelijk tot de dag waarop de zorgverzekering inging respectievelijk eindigde, dan wel vanaf de dag waarop de verzekerde achttien jaar werd.

lid 6 Voor de vaststelling van de no-claimteruggave wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend.

#### **Artikel 6 Eigen risico**

lid 1 Het eigen risico is €0,- tenzij een hoger eigen risico is overeengekomen.

lid 2 Een verzekerde van achttien jaar of ouder kan voor de verzekering een eigen risico van €100,-, €200,-, €300,-, €400,- of €500,- eigen risico per kalenderjaar overeenkomen.

lid 3 Indien een eigen risico wordt overeengekomen geldt de korting op de premiegrondslag zoals vermeld op de premiebijlage

lid 4 De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent vallen buiten de kosten van het eigen risico:

Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:

- een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
- vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de

zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.

In die gevallen waarin, op grond van één van de navolgende artikelen, een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het volmaken van het eigen risico.

lid 5 Kosten van zorg die ten laste van de zorgpolis worden vergoed, komen eerst in mindering op de no-claimteruggave, bedoeld in artikel 5, en worden daarna in de eventuele berekening van het eigen risico betrokken.

lid 6 Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.

lid 7 Indien gedurende het kalenderjaar het in dat jaar geldende eigen risico bedrag wijzigt en de verzekeringnemer dan wel de verzekerde onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging reeds een zorgverzekering had gesloten, wordt het eigen risicobedrag op de volgende wijze berekend;

- ieder bedrag aan eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
- de op grond van onder a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld, en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
- de uitkomst van dit bedrag wordt afgerond in hele euro's.

lid 8 Voor de vaststelling van het eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

lid 9 Indien de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende zorg heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd.

#### **Artikel 7 Algemeen**

##### **lid 1 Vergoeding van de kosten van andere zorg dan in de polis omschreven**

In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op de vergoeding van kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze polis als vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en de zorgverzekeraar voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.

##### **lid 2 Opname in een andere dan de verzekerde klasse**

Bij opname in een ziekenhuis in een andere dan de verzekerde klasse wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de laagste klasse.

##### **lid 3 Begin en einde van de vergoeding**

Indien op grond van de eerdere bepalingen in deze zorgpolis recht bestaat op vergoeding van gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover de zorg is genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

**lid 4 Registratie van de persoonsgegevens**

De bij de aanvraag van deze verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de zorgverzekeraar gevoerde persoonsregistratie. De verwerking van deze gegevens geschiedt vertrouwelijk en overeenkomstig de voorschriften van de Wet Bescherming Persoonsgegevens.

**lid 5 Machtiging**

Een door de zorgverzekeraar afgegeven machtiging geldt niet langer dan de looptijd van de verzekering en is afgegeven onder voorbehoud van wijziging in wet en regelgeving.

**lid 6 Kennisgeving**

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan het laatst bekende adres of aan het adres van degene door wiens bemiddeling de verzekering loopt, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

**Artikel 8 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde**

lid 1 De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht:

- bij het inroepen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een geldig legitimatiebewijs zijnde een rijbewijs, paspoort of Nederlandse identiteitskaart;
- de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien de medisch adviseur daarom vraagt;
- aan de zorgverzekeraar, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
- de zorgverzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar te melden dat de verzekerde gedetineerd is. Bij einde detentie dient dit eveneens binnen 30 dagen te worden gemeld aan de zorgverzekeraar.

lid 2 De originele nota's binnen drie jaren gerekend vanaf de factuurdatum, bij de zorgverzekeraar in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn.

lid 3 Indien de belangen van de zorgverzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen heeft de verzekerde geen aanspraak op zorg dan wel behoeft de zorgverzekeraar geen kosten te vergoeden c.q. mag deze de kosten terugvorderen.

**Artikel 9 Regres**

De verzekeringnemer of verzekerde is verplicht:

- de zorgverzekeraar inlichtingen te verschaffen en medewerking te verlenen bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde.
- alvorens met een derde, of degene die voor of namens de derde optreedt - daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde - een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, contact op te nemen met de zorgverzekeraar.

In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling te treffen, waaronder mede begrepen het verlenen van kwijting, waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten zou worden benadeeld.

Indien verzekerde geheel of gedeeltelijk niet voldoet aan het bepaalde is hij tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de kant van de zorgverzekeraar geleden schade.

**Artikel 10 Fraude**

Lid 1 Fraude is het opzettelijk onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van vergoeding van de zorgverzekeraar. Tevens omvat fraude het met opzet misleiden van de zorgverzekeraar met als doel het afsluiten van een verzekeringsovereenkomst die de zorgverzekeraar bij juiste kennis van zaken niet of onder andere voorwaarden zou hebben gesloten.

Lid 2 Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op vergoeding vervalt indien de verzekeringnemer en/of verzekerde en/of een bij de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan met betrekking van een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor de zorgverzekeraar bij de beoordeling van de ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor het hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

Lid 3 Als er sprake is van fraude als bedoeld in lid 1 van dit artikel, kan dit tot gevolg hebben dat de zorgverzekeraar aangifte doet bij de politie.

Lid 4 De zorgverzekeraar heeft het recht, per datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overgelegd, de overeenkomst te beëindigen

Lid 5 De zorgverzekeraar kan registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen.

Lid 6 Als er sprake is van fraude, als bedoeld in lid 1 van dit artikel, heeft de zorgverzekeraar het recht tot terugvordering van de uitgekeerde vergoeding en gemaakte kosten.

**Artikel 11 Onrechtmatige inschrijving**

lid 1 Indien ten behoeve van een verzekerde een verzekeringsovereenkomst tot stand komt op grond van de Zorgverzekeringswet en later blijkt dat deze geen verzekeringsplicht had, vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop geen of niet langer verzekeringsplicht bestaat.

lid 2 De zorgverzekeraar zal de premie die de verzekerde vanaf de dag dat de verzekeringsplicht niet (langer) bestond, verrekenen met de sindsdien voor zijn rekening genoten zorg en het saldo aan de verzekerde uitbetalen dan wel bij hem in rekening brengen.

**Artikel 12 Premiebetaling en schorsing lid 1 Premiebetaling**

a. De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen.

Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren.

Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

b. In geval van overlijden van de verzekerde vindt desgevraagd verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.

### **lid 2 Schorsing**

Indien de verzekeringnemer de verschuldigde premie niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn.

Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de schorsing is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

### **lid 3 Opschorting bij detentie**

De verzekering wordt van rechtswege opgeschort gedurende de periode dat een verzekerde gedetineerd is. Zodra de detentie eindigt, herleven de rechten en plichten weer.

## **Artikel 13 Declaraties en schorsing**

### **lid 1 Rechtstreeks betaalde declaraties**

De zorgverzekeraar heeft het recht om declaraties van zorgverleners, die bij de zorgverzekeraar zijn ingediend door de zorgverlener, rechtstreeks te voldoen aan de zorgverlener. Verzekeringnemer heeft recht op een specificatie van de betaalde bedragen door middel van een uitkeringsbrief.

### **lid 2 Verschuldigde bedragen**

De in het vorige lid 1 genoemde declaratie zal door de zorgverzekeraar volledig aan de zorgverlener betaald worden, ook al komt de declaratie niet volledig voor vergoeding in aanmerking, door bijvoorbeeld een openstaand eigen risico of een beperkte vergoedingsregeling. Verzekeringnemer dient het eigen risico of vergoeding(en), voorzover deze boven de beperkte vergoedingsregeling uitkomen, te voldoen aan de zorgverzekeraar.

### **lid 3 Vordering in het algemeen**

De in het vorige lid 2 omschreven bedragen zijn verschuldigd zodra verzekeringnemer de verzamelnota heeft ontvangen. De verzamelnota bevat een overzicht van de verschillende uitkeringsbrieven, waarin de verschuldigde bedragen zijn opgenomen. De verzekeringnemer dient de verschuldigde bedragen aan de zorgverzekeraar, binnen de in de verzamelnota genoemde termijn, te voldoen. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

### **Lid 4 Schorsing**

Indien verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de verzamelnota genoemde termijn betaalt, volgt na de verzamelnota nog een aanmaning. Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten

aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn.

Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de schorsing is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

## **Artikel 14 Kennisgeving relevante gebeurtenissen**

### **lid 1 Kennisgeving**

De verzekeringnemer is verplicht binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d.

### **lid 2 Bereiken van de achttienjarige leeftijd door een verzekerde**

De zorgverzekeraar benadert de verzekerde dan wel zijn of haar verzekeringnemer tenminste 6 weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt met de vraag voor welk eigen risico wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie. Als de verzekeringnemer dan wel de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan de zorgverzekeraar kenbaar maakt binnen de in de mededeling genoemde termijn wordt een premie berekend, overeenkomend met een polis zonder eigen risico.

## **Artikel 15 Herziening van premie of voorwaarden**

lid 1 De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende zorgpolissen en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum. De zorgverzekeraar doet van de voorgenomen herziening mededeling, eventueel op de premiekwitanties.

lid 2 De verzekeringnemer, die niet met een dergelijke herziening akkoord gaat, kan de verzekering per de in het eerste lid genoemde datum beëindigen, mits hij dit binnen 30 dagen na de wijziging schriftelijk aan de zorgverzekeraar mededeelt.

## **Artikel 16 Begin en einde van de verzekering**

### **16.1 Begin van de zorgverzekering**

lid 1 De zorgverzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek tot het sluiten van de zorgverzekering van de verzekeringnemer heeft ontvangen.

lid 2 Indien degene ten behoeve van wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek, bedoeld in het eerste lid, ontvangt reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is, en de verzekeringnemer aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in het eerste of tweede lid, gaat de verzekering op die latere dag in.

lid 3 Indien de zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zolang in afwijking van artikel 7.17.1.1, eerste lid,

van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.

### 16.2 Duur van de zorgverzekering

lid 1 De verzekeringnemer kan de zorgverzekering voor 1 november van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. Indien de verzekeringnemer de zorgverzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

lid 2 De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan de zorgverzekering opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering wordt verzekerd.

lid 3 De verzekeringnemer kan de zorgverzekering opzeggen in de periode gelegen tussen de datum waarop zijn zorgverzekering hem het voornemen tot verhoging van de grondslag van de premie heeft meegedeeld en de inwerkingtreding van die verhoging.

lid 4 Indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde plaatsvindt, kan de verzekeringnemer de zorgverzekering opzeggen tenzij deze wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De verzekeringnemer kan de zorgverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat en in ieder geval heeft de verzekeringnemer hiervoor 30 dagen nadat de wijziging hem is medegedeeld.

lid 5 De opzegging, bedoeld in het tweede lid, of in het derde lid gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.

lid 6 In afwijking van het vijfde lid gaat een opzegging, bedoeld in het tweede lid, in met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens de andere zorgverzekering wordt verzekerd, indien die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door de zorgverzekeraar is ontvangen.

### 16.3 Beëindiging van rechtswege

lid 1 De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop: de verzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren; de verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar komt te wonen; de verzekerde overlijdt. De zorgverzekeraar dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld; de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt doordat de verzekerde niet meer is verzekerd op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.

lid 2 De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de dag waarop de verzekerde, zonder dat zijn verzekeringsplicht eindigt, ten gevolge van verhuizing komt te wonen buiten een provincie waarin zijn zorgverzekeraar de ten behoeve van hem gesloten zorgverzekering aanbiedt of uitvoert.

lid 3 De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering op grond van het eerste lid, onderdeel a of b eindigt, van dit

einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.

lid 4 De verzekeringnemer stelt de zorgverzekeraar onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het eerste lid, onderdeel c of d, dan wel het tweede lid tot het einde van de zorgverzekering hebben geleid of kunnen leiden.

lid 5 Indien de zorgverzekeraar op grond van het in het vierde lid bedoelde gegeven tot de conclusie komt dat de zorgverzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.

lid 6 Aan een opzegging of ontbinding van de zorgverzekering wegens het niet betalen van de verschuldigde premie, wordt geen terugwerkende kracht verleend.

lid 7 Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens na schorsing als bedoeld in artikel 12 lid 2 en artikel 13 lid 4 of na fraude als bedoeld in artikel 10.

### Artikel 17 Geschillen

lid 1 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

lid 2 Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door de zorgverzekeraar, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, kan hij de zorgverzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de afdeling Cliëntenservice, telefoonnummer (033) 464 25 55 of email: cliëntenservice@amersfoortse.nl.

lid 3 Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet binnen 6 weken door de zorgverzekeraar wordt gereageerd, dan wel de zorgverzekeraar gemotiveerd aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of de verzekerde zich wenden tot de bevoegde rechter.

lid 4 In afwijking van het voorgaande lid kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil voorleggen aan de Geschillencommissie Uitvoering Zorgverzekeringswet. Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het op de commissie toepasselijke reglement.

### Artikel 18 Geneeskundige zorg

#### Artikel 18.1 Huisarts

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor geneeskundige hulp door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden. De aanspraak op zorg door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek.

#### Artikel 18.2 Medisch-specialistische zorg

lid 1 Voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of een andere medisch-specialist. In het geval dat het medisch-specialistische zorg betreft wegens zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door

een verloskundige plaatsvinden. De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.

## **lid 2 Ziekenhuis en ZBC**

### **a. Ziekenhuisopname**

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor opname op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen.

Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen.

Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging.

Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

### **b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg**

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor de medisch-specialistische behandeling en de met de behandeling gepaard gaande verpleging (dagopname), alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Voorts bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een door de zorgverzekeraar gecontracteerd ZBC.

De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor de medisch-specialistische behandeling en de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Een overzicht van de gecontracteerde ZBC's is op te vragen bij de zorgverzekeraar en te vinden op de website [www.amersfoortse.nl](http://www.amersfoortse.nl).

Verder bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch-specialist of elders.

De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor de medisch-specialistische behandeling alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

### **c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard**

Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak op de vergoeding van kosten, indien die strekt ter correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

### **d. Uitgesloten behandelingen**

- Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor behandelingen – daaronder begrepen de kosten van de in dat verband benodigde farmaceutische zorg - gericht op het buiten het lichaam tot stand brengen van menselijke embryo's en de implantatie van één of meer van die embryo's in de baarmoeder van de verzekerde, met uitzondering van de tweede en derde in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap.

- Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor:

- behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- abdominoplastiek en liposuctie van de buik;
- het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- het operatief verwijderen en plaatsen van een borstprothese na het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op de circumcisie van mannelijke verzekerde (besnijdenis).

## **Artikel 18.3 Verloskundige zorg en kraamzorg**

De vrouwelijke verzekerde en haar kind hebben aanspraak op de vergoeding van kosten voor verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden en kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. De verloskundige zorg kan worden verleend door een verloskundige, een huisarts of een medisch specialist, met dien verstande dat deze zorg verstrekt dient te worden zoals een verloskundige die pleegt te bieden, al dan niet in combinatie met zorg vanuit een kraamhotel. Onder kraamzorg wordt in dit kader verstaan: de zorg verleend door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum of kraamhotel verbonden dan wel zelfstandig werkend of aan een kraamcentrum verbonden kraamverzorgende, die zowel moeder en kind en - voor zover van toepassing - de huishouding verzorgt. Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

### *a. Bevalling en kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak*

Indien en voor zover verblijf in een ziekenhuis naar het oordeel van de verloskundige of huisarts medisch noodzakelijk is, bestaat voor de moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) aanspraak op de vergoeding van kosten van medisch-specialistische zorg als bedoeld in artikel 18.2 al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis.

### *b. Bevalling en kraambed in een ziekenhuis en kraamcentrum zonder medische noodzaak*

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

- verloskundige hulp en kraamzorg.

De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,- per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 100,50 per dag te boven gaat.

De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis

*c. Kraamzorg in een kraamcentrum of thuis, na bevalling in een ziekenhuis*

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg in een kraamcentrum plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op de vergoeding van kosten van kraamzorg. De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,- per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het kraamcentrum € 100,50 per dag te boven gaat.

De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het kraamcentrum, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het kraamcentrum.

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op de vergoeding van kosten van kraamzorg zoals omschreven in lid d sub c, met dien verstande dat indien de kraamzorg reeds gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, het aantal dagen in het ziekenhuis doorgebracht in mindering wordt gebracht op de in lid d sub c genoemde termijn van ten hoogste 10 dagen.

*d. Bevalling en kraambed thuis*

Indien de bevalling en het kraambed thuis plaatsvinden bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor:  
 a verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg);  
 b de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;  
 c kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum of door een zelfstandig werkend kraamverzorgende, van ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend door het kraambureau in overleg met de zorgverzekeraar.

Op de vergoeding onder c) blijft een bedrag van € 3,50 per uur zorg voor rekening van de verzekerde.

**Artikel 18.4 Revalidatie**

- a. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor revalidatie doch uitsluitend indien en voor zover:
- deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en,
  - de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.
- b. Revalidatie kan plaatsvinden:
- in een klinische situatie, revalidatie gepaard gaande met meerdaagse opname, mits daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
  - in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

**Artikel 18.5 Organtransplantaties**

- a. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor transplantatie in een ziekenhuis van de volgende weefsels

en organen: beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever (orthotoop), long, hart/long, nier/pancreas. Onder de aanspraak op de vergoeding van kosten vallen tevens de vergoeding van kosten van de specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor.

Voorts vallen onder de aanspraak de vergoeding van kosten voor het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie.

b. De donor heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van de zorg conform deze polis, gedurende ten hoogste dertien weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of ter verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, uitsluitend indien en voor zover de verleende zorg verband houdt met die opname.

Voorts kan de donor aanspraak maken op de vergoeding van kosten voor vervoer dan wel de vergoeding van de kosten van het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel – indien en voor zover medisch noodzakelijk – per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige volzin. Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gedeelde inkomsten.

Aanspraak op de vergoeding van kosten ingevolge dit artikel bestaat uitsluitend na toestemming vooraf door de zorgverzekeraar. De kosten van transplantaties van andere organen vallen niet onder de dekking.

**Artikel 18.6 Dialyse**

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse verleend ten huize van de verzekerde al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging en voor de behandeling benodigde geneesmiddelen en psychosociale begeleiding van verzekerde alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

Tot de aanspraak op de vergoeding van kosten voor niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse ten huize van de verzekerde behoort tevens:

- de kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- de kosten van het in bruikleen geven van de dialyse-apparatuur met toebehoren, de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;
- de kosten voor de te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover de zorgverzekeraar die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- de overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover de zorgverzekeraar die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;



- de kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

Deze zorg komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als tijdig en vooraf schriftelijk toestemming is aangevraagd bij de zorgverzekeraar.

#### **Artikel 18.7 Mechanische beademing**

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor de verzekerde op noodzakelijke mechanische beademing, alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg, verblijf, verpleging en verzorging in een beademingscentrum. In het geval de beademing plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de verzekerde bestaat de vergoeding van kosten voor de zorg uit:

- het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur;
- de met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg te verlenen door of vanwege een beademingscentrum.

Voor deze zorg is een verwijzing noodzakelijk door een medisch-specialist.

#### **Artikel 18.8 Oncologische aandoening bij kinderen**

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van centrale (referentie)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

Voor deze zorg is een verwijzing noodzakelijk door een medisch-specialist.

#### **Artikel 18.9 Trombosedienst**

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van zorg door de trombosedienst op voorschrift van een arts.

De zorg omvat:

- a. het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
- b. verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van verzekerde;
- c. het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten;
- d. het opleiden van de verzekerde, bedoeld in onderdeel c, in het gebruik van de in dat lid aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen;
- e. het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

#### **Artikel 18.10 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering**

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg 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 advisering plaatsvinden.

Voor deze zorg is een verwijzing door een medisch-specialist noodzakelijk.

#### **Artikel 18.11 Audiologische zorg**

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor zorg verleend door een audiologisch centrum, bestaande uit:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de gehoorapparatuur;
- psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot zeven jaar.

Voor deze zorg is een verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts noodzakelijk.

#### **Artikel 18.12 Paramedische zorg**

##### **lid 1 Paramedische zorg**

De aanspraak op de vergoeding van kosten van paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie en dieetadvisering. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.

Paramedische zorg komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als tijdig en vooraf schriftelijk toestemming is aangevraagd bij de zorgverzekeraar met behulp van een verwijzing met medische indicatie van de behandelend arts of medisch-specialist.

##### **lid 2 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder**

Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder omvat - vanaf de tiende behandeling - de noodzakelijke behandelingen, door een fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut, in geval er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. Deze bijlage is op aanvraag verkrijgbaar en is te raadplegen op de website [www.amersfoortse.nl](http://www.amersfoortse.nl).

##### **lid 3 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar**

Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar omvat de noodzakelijke behandelingen, door een (kinder)fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut, in geval er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. Deze bijlage is op aanvraag verkrijgbaar en is te raadplegen op de website [www.amersfoortse.nl](http://www.amersfoortse.nl).

Voor andere dan een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening omvat fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar maximaal negen behandelingen door een (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, dan wel oedeemtherapeut per indicatie per kalenderjaar. Op verwijzing van een arts of medisch-specialist bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van maximaal negen extra behandelingen door een fysiotherapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar per indicatie per kalenderjaar, indien sprake is van een ontoereikend resultaat.

**lid 4 Ergotherapie**

Ergotherapie omvat advisering, instructie, training of behandeling gedurende maximaal 10 behandeluren per kalenderjaar te verlenen door een ergotherapeut in zijn huispraktijk of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

**lid 5 Logopedie**

Logopedie omvat behandeling, op voorschrift van de (tand-)arts of orthopedagoog door een logopedist, voor zover de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid.

**lid 6 Dieetadvisering**

Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist(e) met een geneeskundig doel, op verwijzing van een arts of tandarts, gedurende maximaal 4 behandeluren per kalenderjaar.

**Artikel 18.13 Mondzorg****lid 1 Algemeen**

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten van zorg zoals tandartsen, kaakchirurgen en orthodontisten plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

- a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groei- of verworven afwijking van het tand-, kaak-, mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
- c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

Voor deze zorg is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag is een schriftelijke motivering van de tandarts, kaakchirurg of medisch-specialist vereist..

**lid 2 Implantaat**

Het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur is tevens onder de zorg in het eerste lid onder a begrepen, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Voor deze zorg is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag is een schriftelijke motivering van de tandarts, kaakchirurg of medisch-specialist vereist.

**lid 3 Orthodontie**

Orthodontische hulp is slechts onder de zorg bedoeld in het eerste lid begrepen, in geval van een zeer ernstige

ontwikkelings- of groei- of groeistoornis van het tand-, kaak-, mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Deze zorg komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als tijdig en vooraf schriftelijk toestemming is aangevraagd bij de zorgverzekeraar met behulp van een begroting en van een verwijzing met medische indicatie van de behandelend tandarts, kaakchirurg of medisch-specialist.

**lid 4. Tandheelkunde voor verzekerden jonger dan 18 jaar**

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen dan het eerste lid:

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- b. incidenteel tandheelkundig consult;
- c. het verwijderen van tandsteen;
- d. fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- e. sealing;
- f. parodontale hulp;
- g. anesthesie;
- h. endodontische hulp;
- i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- j. gnathologische hulp;
- k. uitneembare prothetische voorzieningen;
- l. tandvervangende hulp met niet-plastische materialen, indien het de vervanging van één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
- m. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

Indien de verzekerde is aangewezen op de hulp, bedoeld onder l, bestaat in afwijking van het bepaalde onder m, aanspraak op het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat. Hiervoor is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag dient een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelingsplan gevoegd te worden.

**lid 5. Tandheelkunde voor verzekerden ouder dan 18 jaar**

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c, - chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van het tandheelkundig implantaat. - uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.

**lid 6 Gebitsprothese**

Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor de boven- en/of onderkaak komen voor vergoeding de kosten in aanmerking van een volledige immediaatprothese, dan wel een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese.

Bij deze behandelingen wordt 75 % van de kosten vergoed.

Voor 100% worden de kosten vergoed van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese.

Indien de volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde komt in plaats van de vigerende UPT(Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o. goedgekeurde tarief in aanmerking.

Ook geldt de voorwaarde dat toestemming van de zorgverzekeraar noodzakelijk is als de volledige vervangingsprothese binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.

#### **lid 7 Eigen bijdrage prothese op implantaten**

De verzekerde is voor een volledige prothetische voorziening te plaatsen op implantaten, die geleverd wordt in het kader van de zorg zoals bedoeld in het eerste lid, een eigen bijdrage verschuldigd van € 90,-.

#### **lid 8 Eigen bijdrage volwassenen**

De verzekerde van achttien jaar en ouder, die zijn aanspraken ingevolge het eerste lid onder a, onderscheidelijk de extreem angstige verzekerde, die zijn aanspraken ingevolge het eerste lid onder b tot gelding brengt, is, indien het preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare prothetische voorzieningen betreft, een bijdrage verschuldigd ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht indien zodanige prestaties niet in het kader van bijzondere tandheelkunde (derhalve slechts tegen het reguliere tandheelkundige tarief) zouden worden geleverd. De eerste volzin is niet van toepassing op een uitneembare volledige prothetische voorziening.

#### **Artikel 18.14 Farmaceutische zorg**

lid 1 Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op de vergoeding van kosten van aflevering van:

- de door de zorgverzekeraar op basis van de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
- andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd indien het rationele farmacotherapie betreft;
- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

lid 2 De onder artikel 18.14 lid 1 a genoemde aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van aflevering van die geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering en als zodanig tevens zijn aangewezen door de zorgverzekeraar. Een en ander is nader uitgewerkt in Het Reglement Farmaceutische Zorg van de zorgverzekeraar. Het Reglement Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Deze is te raadplegen op de website [www.amersfoortse.nl](http://www.amersfoortse.nl) en wordt desgevraagd toegezonden.

De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen tenminste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Indien het echter niet medisch verantwoord is de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde

aanspraak op een ander in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

Tenzij de zorgverzekeraar nadere afspraken heeft gemaakt met de betreffende zorgaanbieder, dienen de onder lid 1 genoemde middelen te zijn afgeleverd op voorschrift van een arts, medisch-specialist, tandarts, tandarts–specialist of verloskundige. Aflevering geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheehoudend huisarts.

Voor de aanspraak op de vergoeding van een aantal geneesmiddelen gelden de nadere voorwaarden zoals opgenomen op bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. In aansluiting daarop stelt de zorg in zijn Reglement Farmaceutische Zorg nadere voorwaarden met betrekking tot de doelmatigheid van de aflevering van een aantal geneesmiddelen.

De onder artikel 18.14 lid 1 b genoemde aanspraak op de vergoeding van kosten is, voor wat betreft geneesmiddelen als bedoeld in artikel 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten die in Nederland mogen worden afgeleverd, beperkt tot een verzekerde die lijdt aan een ziekte die in Nederland minder vaak voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. Tevens geldt de onder lid 1 sub b genoemde aanspraak op vergoeding van kosten niet voor geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen geregistreerd geneesmiddel.

lid 3 Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis, chronisch obstructief longlijden, cystic fibrosis of een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand.

Dieetpreparaten komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als tijdig en vooraf schriftelijk toestemming is aangevraagd bij de zorgverzekeraar met behulp van een verwijzing met medische indicatie van de behandelend arts, medisch-specialist of consultatie bureauarts.

#### **Artikel 18.15 Hulpmiddelenzorg**

lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen.

De omvang van de aanspraak op de vergoeding van kosten wordt bepaald door de Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen). In het Reglement Hulpmiddelen zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen. Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Deze is te raadplegen op de website [www.amersfoortse.nl](http://www.amersfoortse.nl) en wordt desgevraagd toegezonden.

lid 2 Daar waar de zorgverzekeraar dit heeft aangegeven in zijn Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende medische hulpmiddel zijn voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

lid 3 De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering en/of het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden

onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

lid 4 Er bestaat uitsluitend recht op vergoeding van kosten van medische hulpmiddelen indien deze noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn, een en ander ter beoordeling van de zorgverzekeraar.

lid 5 Aanspraak op de vergoeding van kosten van verbandmiddelen bestaat alleen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

lid 6 Hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd in het kader van een ziekenhuisopname of een medisch-specialistische behandeling, en die kunnen worden geacht deel uit te maken van die opname of behandeling, vallen niet onder de dekking. Evenmin vallen onder de aanspraak de vergoeding van kosten die medische hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ.

## **Artikel 18.16 Ziekenvervoer**

### **lid 1 Algemeen**

Met betrekking tot het ziekenvervoer worden onderscheiden het vervoer per ambulance en het zittend ziekenvervoer. Van zittend ziekenvervoer is sprake bij vervoer per openbaar vervoermiddel, taxi of eigen auto.

### **lid 2 Ambulancevervoer**

Aanspraak op de vergoeding van kosten bestaat voor medisch noodzakelijk vervoer per ambulance in Nederland, door een door de zorgverzekeraar tot dat doel gecontracteerde ambulancevervoerder, doch uitsluitend indien en voor zover ander vervoer (per openbaar vervoermiddel, taxi of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is, en over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, tenzij de zorgverzekeraar toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.

lid 3 De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat het vervoer naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten – met inachtneming van een eventueel eigen risico – geheel of gedeeltelijk ten laste van deze verzekering komen. Voorts omvat de aanspraak het vervoer naar een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven.

De aanspraak op de vergoeding van kosten behelst verder het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ een onderzoek of een behandeling zal ondergaan, alsmede de kosten van het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt.

De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat tevens het vervoer vanaf eerdergenoemde zorgverleners en instellingen naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de verzorging kan krijgen.

lid 4 Tot de aanspraak op de vergoeding van kosten behoort niet het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.

### **lid 5 Zittend ziekenvervoer**

Mits vooraf aangevraagd, bestaat, van en naar de in lid 3 genoemde zorgverleners, aanspraak op de vergoeding van kosten van vervoer per openbaar vervoermiddel in de

laagste klasse, per taxi of eigen auto, over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, en indien sprake is van één van de navolgende situaties:

- de verzekerde nierdialyse moet ondergaan;
- de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- de verzekerde die zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen en vervoerd moet worden van en naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt;
- het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt.

De zorgverzekeraar kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.

Indien de zorgverzekeraar de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

### **lid 6 Hardheidsclausule**

Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer, en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de behandelend arts.

lid 7 Indien zittend ziekenvervoer per openbaar vervoermiddel, taxi of eigen auto niet mogelijk is, kan de zorgverzekeraar vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer door middel van een ander middel van vervoer.

lid 8 Het ziekenvervoer omvat tevens het vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is dan wel het betreft de begeleiding van een verzekerde, jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar vooraf worden gevraagd vervoer van twee begeleiders toe te staan.

lid 9 Voor zittend ziekenvervoer komt een bedrag van € 83,- per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,24 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route.

## **Artikel 18.17 Buitenland**

### **lid 1 Algemeen**

De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 3 lid 2 van zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.

lid 2 De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:

- aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering:

\* tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend;

\* indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

**Lid 3** De verzekerde die verblijft in een land dat geen EU-land of Verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering:

\* tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend.;

\* indien en voor zover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

**Lid 4** Het tweede lid van dit artikel is van overeenkomstige toepassing op een verzekerde die in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en die tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of Verdragsland.

#### **Lid 5 Ziekenhuisopname melden**

Bij opname in een ziekenhuis is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist, tenzij er sprake is van spoedeisende zorg. Spoedeisende zorg is onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Bij spoedeisende zorg is verzekerde verplicht direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International.

#### **Lid 6 Betaling**

Uitkering vindt plaats in Nederland in een Nederlands wettig betaalmiddel tegen de omrekenkoers op de dag dat de zorgverzekeraar de uitkering vaststelt.

#### **Artikel 19 Uitsluitingen:**

Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor:

- de eigen bijdrage krachtens de AWBZ en die van bevolkingsonderzoek;
- aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de Ministeriële Regeling anders is bepaald;
- griepvaccinaties;
- alternatieve geneeswijzen;
- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland;
- kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgas ter zake van verloskundige zorg;
- declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;
- voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf;
- Als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet toezicht verzekeringbedrijf 1993 of de wet Wet toezicht natura- uitvaartverzekeringbedrijf van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg dan wel de vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.

In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de wet of artikel 3.16 van het Besluit zorverzekering een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in de eerste volzin, recht op prestaties van een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringwet of artikel 3.16 van dit besluit te bepalen omvang.

#### **Artikel 20 Diensten Managed Care**

De verzekerde kan voor zorgbemiddeling terecht bij de ervaren verpleegkundigen van de afdeling Managed Care. Zorgbemiddeling houdt in dat wij actief opzoek gaan om binnen redelijke termijn de beste zorg voor de verzekerde te vinden. Verder kan verzekerde terecht voor onder meer: wachtlijstbemiddeling (snellere behandeling in een ander ziekenhuis, eventueel in het buitenland of in een privé-kliniek), het organiseren van hulpmiddelen, advisering over kraamzorg en algemene informatie over gezondheid, ziekte en preventie. De afdeling Managed Care is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer (033) 464 28 8181 en per mail via [managed.care@nl.fortis.com](mailto:managed.care@nl.fortis.com).

#### **Clausule Terrorisme**

Op deze verzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT).

De tekst van de clausule terrorismedekking is op verzoek bij de zorgverzekeraar opvraagbaar.

## Aanvulling Basis

### Polisvoorwaarden

#### Inhoud van de polis

1 Begripsomschrijvingen	
2 Prestatiewijze en dekking	
3 Omvang van de vergoedingen	
Abortus	3.1
Alternatieve geneeswijzen	3.2
Anticonceptiva	3.3
Brillen en contactlenzen	3.4
Buitenland	3.5
Farmaceutische zorg (geneesmiddelen)	3.6
Fysiotherapie en oefentherapie	3.7
Hulpmiddelen	3.8
Orthoptie	3.9
Preventieve geneeskunde	3.10
Rechtsbijstand	3.11
Second opinion	3.12
Sterilisatie	3.13
Ziekenvervoer (eigen bijdragen)	3.14
4 Uitsluitingen	
5 Diensten Managed Care	
6 Algemeen	
7 Premie	
8 Premiebetaling en schorsing	
9 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde	
10 Declaraties en schorsing	
11 Regres	
12 Fraude	
13 Kennisgeving relevante gebeurtenissen	
14 Herziening van premie of voorwaarden	
15 Begin en einde van de verzekering	
16 Toepasselijk recht en klachten	
17 Bepalingen in verband met collectiviteit	

#### Clausule terrorismedekking

#### Verzekeringsvoorwaarden

##### Artikel 1 Begripsomschrijvingen

###### 1.1 Alternatief genezer

Een in Nederland gevestigde alternatief genezer, op een bepaald gebied algemeen erkend, als zodanig praktiserend en lid van een erkende beroepsvereniging.

###### 1.2 Apotheekhoudend huisarts

Een arts, die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, op grond van artikel 6 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening bevoegd is tot uitoefening van de artseneijbereidkunst en een erkenning heeft als apothekhouder.

###### 1.3 Apotheker

Een erkende apotheker die voldoet aan de eisen zoals omschreven in de Wet BIG en als zodanig staat ingeschreven in het register der apothekers.

###### 1.4 AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

###### 1.5 Bekkenterapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkenterapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

###### 1.6 Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven in het betreffende register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbo-dienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

###### 1.7 CTG/Zorgautoriteit i.o.

Het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting.

###### 1.8 Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur in een instelling die conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

###### 1.9 Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatie code, door het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit i.o. vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling.

Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

###### 1.10 Diëtist

Een diëtist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

###### 1.11 Ergotherapeut

Een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

###### 1.12 EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Cyprus(Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden.

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

###### 1.13 Farmaceutische zorg

De aflevering van de bij of krachtens het Besluit Zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde reglement.

###### 1.14 Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

### **1.15 Gecontracteerde zorg**

De zorg die de zorgverzekeraar op basis van de Zorgverzekeringswet verplicht is op basis van een tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gesloten overeenkomst te verlenen dan wel te vergoeden.

### **1.16 Herstel bevorderend**

Het doel van verpleging, onderzoek of behandeling moet gericht zijn op herstel.

### **1.17 Huisarts**

Een arts die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

### **1.18 Hulpmiddelenzorg**

De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde Reglement Hulpmiddelen inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

### **1.19 Kraamcentrum**

Een instelling, conform bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling.

### **1.20 Kraamzorg**

De zorg verleent door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum, of kraamhotel verbonden kraamverzorgster of kraamverzorgende, die zowel moeder en kind en - voor zover van toepassing - de huishouding verzorgt.

### **1.21 Manueel therapeut**

Een 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 Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

### **1.22 Medisch adviseur**

De arts, die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

### **1.23 Medisch-specialist**

Een arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

### **1.24 Oedeemtherapeut**

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

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

Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

### **1.26 Opname**

Opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een medisch-specialist noodzakelijk moet zijn.

### **1.27 Orthodontist**

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthodontie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

### **1.28 Rechtsbijstand**

De rechtsbijstand wordt verleend door de N.V. DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij te Amsterdam,

### **1.29 SOS International**

BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International, Hoogoorddreef 58, 1101 BE Amsterdam. Telefoon (020) 651 51 51, fax (020) 651 51 09.

### **1.30 Verdragsland**

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, niet zijnde lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische ruimte, of Zwitserland.

### **1.31 Verloskundige**

Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

### **1.32 Verzekerde**

Ieder die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

### **1.33 Verzekeringnemer**

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

### **1.34 Wet BIG**

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

### **1.35 Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)**

Een centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

### **1.36 Ziekenhuis**

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten. Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlandse Astma Centrum Davos.

### **1.37 Zorgverzekeraar**

Fortis Aanvullende Ziektekostenverzekeringen NV.

## **Artikel 2 Prestatiewijze en dekking**

### **2.1 Woonland**

Deze zorgpolis kan door of ten behoeve van elke verzekeringsplichtige in Nederland alsmede in buitenland woonachtige verzekeringsplichtige worden afgesloten.

### **2.2 Aanvullend op ziektekostenverzekering**

Deze verzekering verleent een aanvullende verstrekking of vergoeding op een ziektekostenverzekering op basis van de Zorgverzekeringswet. Er wordt pas vergoeding verleend als de kosten op de ziektekostenverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen. Kosten die onder het eigen risico van de ziektekostenverzekering vallen, worden niet aanvullend uitgekeerd op deze aanvullende verzekering.

### **2.3 Maximale vergoeding**

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- indien en voorzover geen (maximum-)tarief, op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

### **2.4 Medische grondslag**

De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

## 2.5 Overname incasso zorgverlener

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

## Artikel 3 Overzicht van vergoedingen

### 3.1 Abortus

3.1.1 Medische kosten van abortus.

Vergoeding:  
Volledig.

Voorwaarden:

De ingreep dient te worden uitgevoerd door een medisch-specialist in een ziekenhuis of in een in Nederland gevestigde door de overheid erkende kliniek die speciaal voor de bovengenoemde behandeling is ingericht.

### 3.2 Alternatieve geneeswijze

3.2.1 Onderzoek en behandeling door een alternatieve genezer alsmede alternatieve geneesmiddelen.

Vergoeding:  
Tot €250,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Alternatieve geneesmiddelen dienen te worden geleverd door een apotheek of alternatieve genezer.

### 3.3 Anticonceptiva

3.3.1 Anticonceptiva

Vergoeding:  
Volledig, met uitzondering van condooms.

Voorwaarden:

Verzekerde dient een leeftijd te hebben van 21 jaar of ouder. De anticonceptiva dienen te worden geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

### 3.4 Brillen en Contactlenzen

Verzekerde kan per 36 maanden aanspraak maken op de vergoedingen genoemd in artikel 3.4.1 of artikel 3.4.2.

3.4.1 Enkelvoudige glazen (incl. montuur) of contactlenzen

Vergoeding:  
Tot €100,- per verzekerde per 36 maanden.

Voorwaarden:

Vanaf 1,5 of meer dioptrieën.

3.4.2 Multifocale/varifocus glazen (incl. montuur) of contactlenzen.

Vergoeding:  
Tot €200,- per verzekerde per 36 maanden.

Voorwaarden:

Vanaf 1,5 of meer dioptrieën.

Toelichting:

De periode van 36 maanden vangt aan op de leverdatum van de eerste aanschaf van de brillenglazen of contactlenzen die door de zorgverzekeraar zijn vergoed.

Onder contactlenzen worden verstaan dag-, week-, maand- of vaste contactlenzen die door een opticien verstrekt zijn.

## 3.5 Buitenland

### 3.5.1 Tijdens tijdelijk verblijf

3.5.1.1 De zorgkosten die de vergoeding op grond van een ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet te boven gaan.

Vergoeding:

- Volledig voor zorg in een EU, EER of verdragsland.  
- Tot 2 maal het Nederlandse tarief voor zorg in de rest van de wereld.

Voorwaarden:

De zorg dient plaats te vinden tijdens tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland en slechts bij acute ziekte of ongeval. De zorg dient niet het doel van de reis naar het buitenland te vormen. Bij spoedeisende zorg is verzekerde verplicht direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International.

Toelichting:

Het Nederlandse tarief is het op dat moment op basis van de Wet tarieven Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend.

Als er geen tarief op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg (maximum-)tarief is vastgesteld, geldt het in Nederland geldende marktconform bedrag als het Nederlandse tarief.

### 3.5.2 Woonachtig in het buitenland

3.5.2.1 De zorgkosten die de vergoeding op grond van een Ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet te boven gaan.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

De zorg dient plaats te vinden in het woonland.

3.5.2.2 De zorgkosten die volgens deze verzekering voor vergoeding in aanmerking komen als de behandeling had plaatsgevonden in Nederland.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

De zorg dient plaats te vinden in het woonland.

Toelichting:

Het woonland is het land dat lid is van de EU of EER dan wel aangemerkt wordt als Verdragsland.

### 3.5.3 Repatriëring

3.5.3.1 Vervoer (inclusief de noodzakelijke medische begeleiding en begeleiding door een gezinslid van de betreffende zieke verzekerde) per ziekenauto of ambulancevliegtuig naar het woonland.

Vergoeding:

Volledig



**Voorwaarden:**

Verzekerde dient direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International.

Slechts in geval van acute ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel van verzekerde bestaat er recht op repatriëring.

De verzekerde dient medewerking te verlenen aan het verkrijgen van een schriftelijke verklaring van de behandelend arts waaruit blijkt dat vervoer verantwoord is en dat de gekozen wijze van vervoer alsmede de vorm van eventuele medische begeleiding noodzakelijk is. Voor vervoer per ambulancevliegtuig geldt bovendien dat de repatriëring het redden van het leven en/of het voorkomen of verminderen van de te verwachten invaliditeit van verzekerde moet beogen. Repatriëring dient plaats te vinden naar het woonland.

3.5.3.2 Vervoer van het stoffelijk overschot, begrafenis of crematie ter plaatse.

Vergoeding:  
Tot € 10.000,-

**Voorwaarden:**

De nabestaanden dienen direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International. Vervoer van het stoffelijk overschot dient plaats te vinden naar de woonplaats in het op het polisblad vermelde woonland.

**Toelichting:**

Ingeval van overlijden van verzekerde bestaat recht op vergoeding van de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot naar een plaats in het woonland, waaronder de kosten van de voor het vervoer noodzakelijke kist. Er kan ook gekozen worden voor vergoeding van de begrafenis of crematie ter plaatse.

Er bestaat geen recht op hulpverlening en vergoeding van kosten, indien de reis naar het buitenland tot doel had een medisch behandeling te ondergaan.

**3.5.4 SOS Hulpverlening**

Er bestaat tijdens tijdelijk verblijf recht op hulpverlening door SOS International. Een team van Nederlandse verpleegkundigen is telefonisch bereikbaar voor allerhande vragen op medisch gebied en kunnen verzekerde van advies voorzien. Als medische hulp noodzakelijk is, kunnen zij u doorverwijzen naar een betrouwbare zorginstelling in de buurt van uw verblijf. Telefoon: 0031 (0)20 651 51 51.

**3.5.5 Betaalwijze**

Uitkering vindt plaats in Nederland in een Nederlands wettig betaalmiddel tegen de omrekenkoers op de dag dat de zorgverzekeraar de uitkering vaststelt.

**3.6 Farmaceutische zorg (geneesmiddelen)**

3.6.1 Eigen bijdragen op geneesmiddelen waarvoor een vergoedingslimiet geldt zoals omschreven in het Reglement Farmaceutische Zorg.

Vergoeding:  
Volledig.

**Voorwaarden:**

Het geneesmiddel dient voor vergoeding in aanmerking te komen op een Ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet.

**3.7 Fysiotherapie en oefentherapie**

3.7.1 Behandeling door een gecontracteerde zorgverlener.

Vergoeding:  
Volledig, tot 9 behandelingen per aandoening.

**Voorwaarden:**

Behandelingen worden uitgevoerd door een met de zorgverzekeraar gecontracteerde (kinder)fysiotherapeut, bekkentherapeut, oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck, oedeemtherapeut of manueel therapeut.

**Toelichting:**

Bij een chronische aandoening zoals omschreven in de Regeling zorgverzekering komen de kosten vanaf de 10<sup>e</sup> behandeling op een Ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet voor vergoeding in aanmerking.

3.7.2 Behandelingen door een niet gecontracteerde zorgverlener.

Vergoeding:  
Tot € 20,50 per behandeling, tot 9 behandelingen per aandoening.

**Voorwaarden:**

Behandelingen worden uitgevoerd door een (kinder)fysiotherapeut, bekkentherapeut, oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck, oedeemtherapeut of manueel therapeut.

**Toelichting:**

Bij een chronische aandoening zoals omschreven in de Regeling zorgverzekering komen de kosten vanaf de 10<sup>e</sup> behandeling op een Ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet voor vergoeding in aanmerking.

**3.8 Hulpmiddelen**

3.8.1 Eigen bijdrage voor aanschaf, herstel en correctie van hulpmiddelen.

Vergoeding:  
Volledig.

**Voorwaarden:**

Het hulpmiddel dient te zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar.

3.8.2 Kosten boven maximale vergoeding op grond van een ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet.

Vergoeding:  
Tot € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

**3.9 Orthoptie**

3.9.1 Orthoptische behandeling.

Vergoeding:  
Volledig.

**Voorwaarden:**

Uitgevoerd door een orthoptist.

**3.10 Preventieve geneeskunde**

3.10.1 Preventieve onderzoeken naar hart - en bloedvaten, baarmoederhalskanker en borstkanker.

Vergoeding:  
Volledig, tot het in Nederland geldende wettelijk vastgestelde tarief.

Voorwaarden:  
Onderzoeken dienen te worden uitgevoerd door een medisch specialist in een Nederlands ziekenhuis of door een huisarts.

3.10.2 Kosten van de preventieve vaccinaties voor griep, hondsdoelheid, rode hond, tetanus, hepatitis – B.

Vergoeding:  
Volledig

3.10.3 Kosten van die vaccinaties en preventieve geneesmiddelen die nodig zijn conform de adviezen van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR) ter bescherming of voorkoming van ziektes ten gevolge van een tijdelijk verblijf in het buitenland.

Vergoeding:  
Volledig

Toelichting:  
Meer informatie vindt u op [www.LCR.nl](http://www.LCR.nl).

### 3.11 Rechtsbijstand bij schade door medische onregelmatigheden

3.11.1 Rechtsbijstand door de N.V. DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringsmaatschappij te Amsterdam.

Vergoeding:  
- Volledig voor rechtsbijstand.  
- Tot maximaal € 12.500,- per schadegeval voor de noodzakelijke gebleken inschakeling van externe deskundigen.

Voorwaarden:  
Bij verhaal van een door verzekerde geleden schade op de daarvoor aansprakelijke (rechts)persoon. Schade is het gevolg van een consult, behandeling, verrichting, verstrekking of voorziening binnen Europa, waarvan de kosten krachtens een zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. De aanspraak op rechtsbijstand vervalt bij melding van een schade later dan 1 jaar na beëindiging van deze verzekering. Indien u gebruik wilt maken van de diensten van de N.V. DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringsmaatschappij dient u contact op te nemen met de zorgverzekeraar.

Toelichting:  
De Algemene Voorwaarden voor de Rechtsbijstandverzekering zijn bij de zorgverzekeraar opvraagbaar.

### 3.12 Second opinion

3.12.1 Raadplegen van een andere arts dan de behandelend arts over een door de behandelend arts voorgestelde operatie.

Vergoeding:  
Volledig.

### 3.13 Sterilisatie

3.13.1 Sterilisatie.

Vergoeding:  
Volledig.

Voorwaarden:  
De behandeling dient te worden uitgevoerd in een ziekenhuis of door de zorgverzekeraar gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum.

### 3.14 Ziekenvervoer (eigen bijdragen)

3.14.1 Eigen bijdragen voor zittend ziekenvervoer.

Vergoeding:  
Volledig.

Voorwaarden:  
Er dient sprake te zijn van zittend ziekenvervoer dat vergoed wordt op grond van een Ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet.

### Artikel 4 Uitsluitingen:

Geen vergoeding wordt verleend voor:

#### 4.1 Na-u-clausule

de kosten die gedekt zijn onder een andere (speciale) verzekering, al dan niet van oudere datum, of onder een andere verzekering gedekt zouden zijn indien onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan;

#### 4.2 Samenloop

zover door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt krachtens:

- een wettelijk geregelde verzekering;
- regeling van overheidswege;
- enigerlei subsidieregeling;
- of een andere overeenkomst.

In een dergelijk geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig en zullen alleen de kosten voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaan waarop de verzekeringnemer of de verzekerde elders aanspraak zou kunnen doen gelden;

#### 4.3 AWBZ

verstrekkingen krachtens de AWBZ waarop verzekerden op grond van die wet geen recht hebben. Tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen hebben niet-ingezetenen geen recht op vergoeding van kosten welke voor Nederlands ingezetenen voor rekening van de AWBZ zouden komen;

#### 4.4 Eigen bijdrage AWBZ

eigen bijdragen krachtens de AWBZ en eigen bijdragen bij bevolkingsonderzoeken;

#### 4.5 Niet nagekomen afspraak

declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;

#### 4.6 Preventieve geneeskunde

de kosten van keuringen en het afgeven van attesten, uitgezonderd het bepaalde in artikel 3.10;

#### 4.7 Celtherapie

de kosten van celtherapie;

#### 4.8 Podotherapie

De kosten van podotherapie;

#### 4.8 Dekking

de kosten welke zijn gemaakt in de periode dat deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van behandeling bepalend is;

#### 4.9 Molest

kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf; -indien de schade is veroorzaakt door terrorisme is de dekking gelimiteerd tot het bedrag van de uitkering die de zorgverzekeraar binnen de aanspraak op schadevergoeding ontvangt van de NHT (Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschade) zie clausule terrorismedekking;

#### 4.10 Atoomkernreacties

kosten welke zijn veroorzaakt door of verband houden met atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;

4.10.1 De uitsluiting onder 4.10 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979, 225).

4.10.2 Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 4.10.1 geen toepassing;

#### Artikel 5 Diensten Managed Care

De verzekerde kan voor zorgbemiddeling terecht bij de ervaren verpleegkundigen van de afdeling Managed Care. Zorgbemiddeling houdt in dat wij actief op zoek gaan om binnen redelijke termijn de beste zorg voor de verzekerde te vinden. Verder kan verzekerde terecht voor onder meer: het organiseren van hulpmiddelen, advisering over kraamzorg en algemene informatie over gezondheid, ziekte en preventie. De afdeling Managed Care is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer (033) 464 28 81 en per mail via [managed.care@nl.fortis.com](mailto:managed.care@nl.fortis.com).

#### Artikel 6 Algemeen

##### 6.1 Grondslag van de verzekering

Aan deze overeenkomst liggen ten grondslag de in het aanvraagformulier en voor zover van toepassing de gezondheidsverklaring verstrekte opgaven en inlichtingen door de verzekeringsnemer aan de maatschappij, alsmede - indien medische keuring heeft plaatsgevonden - de bij die keuring door verzekeringsnemer en/of verzekerde verstrekte gegevens.

Verzekeringnemer is verplicht de gestelde vragen in voornoemde opgaven en verklaringen zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor feiten en omstandigheden die betrekking hebben op een bij het sluiten van deze verzekering bekende derde, wiens belangen worden meeverzekerd en die de leeftijd van zestien jaar heeft bereikt.

Feiten en omstandigheden die verzekeringnemer kent of behoort te kennen nadat verzekeringnemer deze aanvraag heeft ingezonden, maar voordat de zorgverzekeraar heeft bericht over zijn definitieve beslissing het door u ter verzekering aangeboden risico al

dan niet te verzekeren, dient verzekeringnemer alsnog aan de zorgverzekeraar mede te delen indien deze vallen onder de vraagstelling in voornoemde opgaven en verklaringen.

Indien verzekerde niet of niet volledig aan zijn mededelingsplicht heeft voldaan, kan zulks ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. Indien verzekerde met opzet tot misleiden van de zorgverzekeraar heeft gehandeld of deze bij kennis omtrent de ware stand van zaken de verzekering nimmer zou hebben gesloten, heeft hij tevens het recht de verzekering op te zeggen.

##### 6.2 Begin en einde van de vergoeding

Indien op grond van de eerdere bepalingen in deze voorwaarden recht bestaat op vergoeding van gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover de zorg is genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

##### 6.3 Registratie van de persoonsgegevens

De bij de aanvraag van deze verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de zorgverzekeraar gevoerde persoonsregistratie. De verwerking van deze gegevens geschiedt vertrouwelijk en overeenkomstig de voorschriften van de Wet Bescherming Persoonsgegevens.

##### 6.4 Machtiging

Een door de zorgverzekeraar afgegeven machtiging geldt niet langer dan de looptijd van de verzekering en is afgegeven onder voorbehoud van wijziging in wet en regelgeving.

##### 6.5 Kennisgeving

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan het laatst bekende adres of aan het adres van degene door wiens bemiddeling de verzekering loopt, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

##### 6.6 Aanvullende verzekering kinderen.

De verzekerde die de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt is slechts aanvullend verzekerd indien en voorzover de ouders van verzekerde aanvullend bij de zorgverzekeraar verzekerd zijn.

#### Artikel 7 premie

##### 7.1 Premie verschuldigd

Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd

##### 7.2 Leeftijdsbepaling

Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

##### 7.3 Premierestitutie

Behalve bij opzegging wegens opzet de zorgverzekeraar te misleiden, wordt bij tussentijdse opzegging de lopende premie naar billijkheid verminderd.

#### Artikel 8 Premiebetaling en schorsing

##### 8.1 Premiebetaling

De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen.

Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie met ingang

van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

### 8.2 Schorsing

Indien de verzekeringnemer de verschuldigde premie niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn.

Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de schorsing is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

### 8.3 Opschorting bij detentie

De verzekering wordt van rechtswege opgeschort gedurende de periode dat een verzekerde gedetineerd is. Zodra de detentie eindigt, herleven de rechten en plichten weer.

## Artikel 9 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde

### 9.1 Schademeldingsplicht

Zodra verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde op de hoogte is of behoort te zijn van een gebeurtenis die voor zorgverzekeraar tot een uitkeringsplicht kan leiden, is hij verplicht die gebeurtenis zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is aan zorgverzekeraar te melden.

### 9.2 Schade-informatieplicht

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn aan zorgverzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die voor zorgverzekeraar van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.

### 9.3 Medewerkingsplicht

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht hun volle medewerking te verlenen en alles na te laten wat de belangen van zorgverzekeraar zou kunnen benadelen.

### 9.4 Originele nota's

De verzekeringnemer/verzekerde dient de originele nota's binnen drie jaren gerekend vanaf de factuurdatum, bij de zorgverzekeraar in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn.

### 9.5 Belangen van de zorgverzekeraar

Aan deze verzekering kunnen geen rechten worden ontleend indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een of meer van bovenstaande polisverplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van zorgverzekeraar heeft benadeeld. Elk recht op uitkering komt te vervallen, indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde de

hiervoor genoemde verplichtingen niet is nagekomen met de opzet de zorgverzekeraar te misleiden, tenzij de misleiding het verval van recht niet rechtvaardigt.

## Artikel 10 Declaraties en schorsing

### 10.1 Rechtstreeks betaalde declaraties

De zorgverzekeraar heeft het recht om declaraties van zorgverleners, die bij de zorgverzekeraar zijn ingediend door de zorgverlener, rechtstreeks te voldoen aan de zorgverlener. Verzekeringnemer heeft recht op een specificatie van de betaalde bedragen door middel van een uitkeringsbrief.

### 10.2 Verschuldigde bedragen

De in het vorige lid 1 genoemde declaratie zal door de zorgverzekeraar volledig aan de zorgverlener betaald worden, ook al komt de declaratie niet volledig voor vergoeding in aanmerking, door bijvoorbeeld een openstaand eigen risico of een beperkte vergoedingsregeling. Verzekeringnemer dient het eigen risico of vergoeding(en), voorzover deze boven de beperkte vergoedingsregeling uitkomen, te voldoen aan de zorgverzekeraar.

### 10.3 Vordering in het algemeen

De in het vorige lid 2 omschreven bedragen zijn verschuldigd zodra verzekeringnemer de verzamelnota heeft ontvangen. De verzamelnota bevat een overzicht van de verschillende uitkeringsbrieven, waarin de verschuldigde bedragen zijn opgenomen. De verzekeringnemer dient de verschuldigde bedragen aan de zorgverzekeraar, binnen de in de verzamelnota genoemde termijn, te voldoen. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

### 10.4 Schorsing

Indien verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de verzamelnota genoemde termijn betaalt, volgt na de verzamelnota nog een aanmaning. Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn. Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de schorsing is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

## Artikel 11 Regres

De verzekeringnemer of verzekerde is verplicht:

- de zorgverzekeraar inlichtingen te verschaffen en medewerking te verlenen bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- alvorens met een derde, of degene die voor of namens de derde optreedt - daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde - een regeling treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, contact op te nemen met de zorgverzekeraar.

In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei

regeling te treffen, waaronder mede begrepen het verlenen van kwijting, waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten zou worden benadeeld.

Indien verzekerde geheel of gedeeltelijk niet voldoet aan het in dit artikel bepaalde is hij tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de kant van de zorgverzekeraar geleden schade.

## **Artikel 12 Fraude**

### **12.1 Definitie**

Fraude is het opzettelijk onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van vergoeding van de zorgverzekeraar. Tevens omvat fraude het met opzet misleiden van de zorgverzekeraar met als doel het afsluiten van een verzekeringsovereenkomst die de zorgverzekeraar bij juiste kennis van zaken niet of onder andere voorwaarden zou hebben gesloten.

### **12.2 Vervallen rechten**

Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op vergoeding vervalt indien de verzekeringnemer en/of verzekerde en/ of een bij de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan met betrekking van een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor de zorgverzekeraar bij de beoordeling van de ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor het hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/ of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

### **12.3 Aangifte**

Als er sprake is van fraude als bedoeld in lid 1 van dit artikel, kan dit tot gevolg hebben dat de zorgverzekeraar aangifte doet bij de politie.

### **12.4 Einde overeenkomst**

De zorgverzekeraar heeft het recht de overeenkomst, in geval van fraude te beëindigen.

### **12.5 Registratie fraude**

De zorgverzekeraar kan registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen.

### **12.6 Vordering**

Als er sprake is van fraude, als bedoeld in lid 1 van dit artikel, heeft de zorgverzekeraar het recht tot terugvordering van de uitgekeerde vergoeding en gemaakte kosten.

## **Artikel 13 Kennisgeving relevante gebeurtenissen**

### **13.1 Kennisgeving**

De verzekeringnemer is verplicht binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d.

### **13.2 Bereiken van de achttienjarige leeftijd door een verzekerde**

De zorgverzekeraar benadert de verzekerde dan wel zijn of haar verzekeringnemer tenminste 6 weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt met de vraag voor welk aanvullende verzekering wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie. Als de verzekeringnemer dan wel de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan de zorgverzekeraar kenbaar

maakt binnen de in de mededeling genoemde termijn wordt een premie berekend, overeenkomend met de bestaande aanvullende verzekering.

## **Artikel 14 Herziening van premie of voorwaarden**

### **14.1 Herziening**

De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende zorgpolissen en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum. De zorgverzekeraar doet van de voorgenomen herziening schriftelijk mededeling, eventueel op de premiekwantities.

### **14.2 Verstrijken termijn beëindigen overeenkomst**

Heeft de zorgverzekeraar binnen 30 dagen na de in het eerste lid genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

## **Artikel 15 Duur van de verzekering**

### **15.1 Begin van de verzekering**

De verzekering gaat in op de datum dat de zorgverzekeraar het verzoek daartoe alsmede de aanduiding van de variant waarvoor verzekerde kiest, heeft ontvangen. De ingangsdatum wordt op het polisblad vermeld.

### **15.2 Looptijd**

Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

### **15.3 Einde van de verzekering**

**15.3.1** Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens schriftelijke opzegging door de zorgverzekeraar in navolgende gevallen:

**15.3.1.1** Indien verzekeringnemer de verschuldigde premie of de verschuldigde bedragen als bedoeld in artikel 8.1, niet tijdig betaalt of weigert te betalen, heeft de zorgverzekeraar het recht de verzekering, met inachtneming van de procedure als bedoeld in artikel 8.2 schorsing, te beëindigen;

**15.3.1.2** Indien binnen twee maanden na de ontdekking dat verzekeringnemer fraude heeft gepleegd, als bedoeld in artikel 12.1, of de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen en verzekeringnemer daarbij heeft gehandeld met de opzet de zorgverzekeraar te misleiden dan wel de zorgverzekeraar de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum.

**15.3.2** De verzekering eindigt door een schriftelijke opzegging door verzekeringnemer in navolgende gevallen:

**15.3.2.1** Tegen het einde van de op het polisblad vermelde geldigheidsduur met inachtneming van een opzeggingstermijn van twee maanden;

**15.3.2.2** Indien de verzekeringnemer niet met een herziening als bedoeld in artikel 14.1 akkoord gaat. Verzekeringnemer dient de verzekering binnen één maand na ontvangst van de schriftelijke mededeling als bedoeld in artikel 14.1 van zorgverzekeraar op te zeggen. De verzekering eindigt op de dag waarop de wijziging volgens de schriftelijke mededeling van zorgverzekeraar ingaat. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven. De mogelijkheid tot

opzegging van de verzekering door verzekeringnemer of verzekerde geldt niet indien:

- de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen en bepalingen;
- de wijziging van de premie voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde wiens leeftijd bepalend is voor de premie;
- de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;
- de wijziging een uitbreiding van de dekking bij gelijkblijvende premie inhoudt;

**15.3.2.3** Indien binnen twee maanden nadat de zorgverzekeraar tegenover verzekeringnemer een beroep op de niet nakoming van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft gedaan. De verzekering eindigt op de datum die in de opzeggingsbrief is vermeld of bij gebreke daarvan op de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief.

**15.3.3** De verzekering eindigt in navolgende gevallen:

**15.3.3.1** De verzekering eindigt de volgende dag ingeval van overlijden van de verzekerde. De zorgverzekeraar dient binnen twee maanden na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden;

**15.3.3.2** De verzekering eindigt (tenzij na schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar anders is overeen gekomen) voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.

## **Artikel 16 Toepasselijk recht en klachten**

### **16.1 Toepasselijk recht**

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

### **16.2 Klachten**

#### **16.2.1 Intern klachtenbureau**

Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door de zorgverzekeraar, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, kan hij de zorgverzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de afdeling Cliëntenservice, telefoonnummer (033) 464 25 55 of email: [clientenservice@amersfoortse.nl](mailto:clientenservice@amersfoortse.nl).

#### **16.2.2 Ombudsman Zorgverzekeringen**

Wanneer het oordeel van de maatschappij voor de verzekerde niet bevredigend is, kan deze zich wenden tot de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist. Telefoon: (030) 698 83 60.

#### **16.2.3 De rechter**

Wanneer verzekerde geen gebruik wil maken van de klachtenbehandelingsmogelijkheden, of de behandeling of uitkomst niet bevredigend vindt, kan hij het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.

## **Artikel 17 Bepalingen in verband met collectiviteit**

### **17.1 Uitdiensttreding**

Als een verzekerde een functie elders aanvaardt, kan de verzekering zonder selectie worden voortgezet tegen een gelijkwaardige individuele aanvullende verzekering, mits de wens daartoe binnen veertien dagen na beëindiging van het dienstverband schriftelijk aan de zorgverzekeraar wordt kenbaar gemaakt. Bijzondere afspraken die uitsluitend gelden voor het collectief worden op de individuele aanvullende verzekering niet voortgezet.

### **17.2 Afbreuk collectief karakter**

De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor, als aan het (collectieve) karakter van dit contract in aanzienlijke mate afbreuk wordt gedaan, het contract tussentijds te beëindigen met inachtneming van een opzegtermijn van

een maand.

### **Clausule terrorismedekking**

Op deze verzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT).

De tekst van de clausule terrorismedekking is op verzoek bij de zorgverzekeraar opvraagbaar.

## Aanvulling Uitgebreid

### Polisvoorwaarden

#### Inhoud van de polis

1 Begripsomschrijvingen	
2 Prestatiewijze en dekking	
3 Omvang van de vergoedingen	
Abortus	3.1
Acnebehandeling	3.2
Alternatieve geneeswijzen	3.3
Anticonceptiva	3.4
Astma therapeutisch kamp	3.5
Bevalling en Kraamzorg (eigen bijdragen)	3.6
Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood	3.7
Brillen en contactlenzen	3.8
Buitenland	3.9
Camouflagetherapie	3.10
Dyslexie	3.11
Epilatie	3.12
Ergotherapie	3.13
Fertiliteitbevorderende behandelingen (IVF)	3.14
Farmaceutische zorg (geneesmiddelen)	3.15
Fysiotherapie en oefentherapie	3.16
Herstellingsoord	3.17
Hulpmiddelen	3.18
Kinderopvang bij opname ouders	3.19
Kraamcadeau	3.20
Kuurreizen	3.21
Logeerhuis bij opname	3.22
Lymfedrainage/oedeemtherapie	3.23
Orthodontie	3.24
Orthoptie	3.25
Plaswepker	3.26
Podotherapie	3.27
Preventieve geneeskunde	3.28
Psoriasisdagbehandeling	3.29
Psychologische hulp	3.30
Rechtsbijstand	3.31
Refertilisatie	3.32
Second opinion	3.33
Sportkeuringen en blessureconsulten	3.34
Sterilisatie	3.35
Steunzolen	3.36
Stottertherapie	3.37
Tandartskosten voor verzekerde tot 18 jaar	3.38
Wondverzorging	3.39
Ziekenvervoer (eigen bijdragen)	3.40
4 Uitsluitingen	
5 Diensten Managed Care	
6 Algemeen	
7 Premie	
8 Premiebetaling en schorsing	
9 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde	
10 Declaraties en schorsing	
11 Regres	
12 Fraude	
13 Kennisgeving relevante gebeurtenissen	

14 Herziening van premie of voorwaarden

15 Begin en einde van de verzekering

16 Toepasselijk recht en klachten

17 Bepalingen in verband met collectiviteit

Clausule terrorismedekking

#### Verzekeringsvoorwaarden

##### Artikel 1 Begripsomschrijvingen

###### 1.1 Alternatief genezer

Een in Nederland gevestigde alternatief genezer, op een bepaald gebied algemeen erkend, als zodanig praktiserend en lid van een erkende beroepsvereniging.

###### 1.2 Apotheekhoudend huisarts

Een arts, die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, op grond van artikel 6 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening bevoegd is tot uitoefening van de artseneijbereidkunst en een erkenning heeft als apotheekhouder.

###### 1.3 Apotheker

Een erkende apotheker die voldoet aan de eisen zoals omschreven in de Wet BIG en als zodanig staat ingeschreven in het register der apothekers.

###### 1.4 AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

###### 1.5 Bekkenterapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkenterapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

###### 1.6 Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven in het betreffende register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbo-dienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

###### 1.7 CTG/Zorgautoriteit i.o.

Het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting.

###### 1.8 Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur in een instelling die conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

###### 1.9 Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatie code, door het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit i.o. vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling.

Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

###### 1.10 Diëtist

Een diëtist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapie, orthoptist en podotherapeut".

###### 1.11 Ergotherapeut

Een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut,

logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.

#### **1.12 EU- en EER-staat**

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Cyprus(Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden.

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

#### **1.13 Farmaceutische zorg**

De aflevering van de bij of krachtens het Besluit Zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde reglement.

#### **1.14 Fysiotherapeut**

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

#### **1.15 Gecontracteerde zorg**

De zorg die de zorgverzekeraar op basis van de Zorgverzekeringswet verplicht is op basis van een tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gesloten overeenkomst te verlenen dan wel te vergoeden.

#### **1.16 Herstel bevorderend**

Het doel van verpleging, onderzoek of behandeling moet gericht zijn op herstel.

#### **1.17 Huisarts**

Een arts die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

#### **1.18 Huidtherapeut**

Een in Nederland gevestigde huidtherapeut met het diploma Huidtherapie van de Stichting Opleiding Huidtherapie, de Hogeschool Utrecht of de Hogeschool van Eindhoven.

#### **1.19 Hulpmiddelenzorg**

De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde Reglement Hulpmiddelen inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

#### **1.20 Kraamcentrum**

Een instelling, conform bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling.

#### **1.21 Kraamzorg**

De zorg verleent door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum, of kraamhotel verbonden kraamverzorgster of kraamverzorgende, die zowel moeder en kind en - voor zover van toepassing - de huishouding verzorgt.

#### **1.22 Logopedist**

Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.

#### **1.23 Manueel therapeut**

Een 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 Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

#### **1.24 Medisch adviseur**

De arts, die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

#### **1.25 Medisch-specialist**

Een arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

#### **1.26 Oedeemtherapeut**

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

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

Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.

#### **1.28 Opname**

Opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een medisch-specialist noodzakelijk moet zijn.

#### **1.29 Orthodontist**

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthodontie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

#### **1.30 Orthopedagoog**

Een in Nederland gevestigde orthopedagoog die is ingeschreven in het beroepsbekwaamheidsregister van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en Onderwijskundigen (NVO).

#### **1.31 Podotherapeut**

Een podotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.

#### **1.32 Psycholoog**

Een in Nederland gevestigde psycholoog, die is ingeschreven in het Register van de psychologen bij het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) of Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE).

#### **1.33 Rechtsbijstand**

De rechtsbijstand wordt verleend door de N.V. DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij te Amsterdam.

#### **1.34 Schoonheidsspecialist**

Een in Nederland gevestigde schoonheidsspecialist met het diploma Schoonheidsverzorging-B.

#### **1.35 SOS International**

BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International, Hoogoorddreef 58, 1101 BE Amsterdam. Telefoon (020) 651 51 51, fax (020) 651 51 09.

#### **1.36 Tandarts**

Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

#### **1.37 Verdragsland**

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, niet zijnde lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische ruimte, of Zwitserland.

#### **1.38 Verloskundige**

Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.



**1.39 Verzekerde**

Ieder die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

**1.40 Verzekeringnemer**

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

**1.41 Wet BIG**

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

**1.42 Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)**

Een centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

**1.43 Ziekenhuis**

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten. Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlandse Astma Centrum Davos.

**1.44 Zorgverzekeraar**

Fortis Aanvullende Ziektekostenverzekeringen NV.

**Artikel 2 Prestatiewijze en dekking****2.1 Woonland**

Deze zorgpolis kan door of ten behoeve van elke verzekeringsplichtige in Nederland alsmede in buitenland woonachtige verzekeringsplichtige worden afgesloten.

**2.2 Aanvullend op ziektekostenverzekering**

Deze verzekering verleent een aanvullende verstrekking of vergoeding op een ziektekostenverzekering op basis van de Zorgverzekeringswet. Er wordt pas vergoeding verleend als de kosten op de ziektekostenverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen. Kosten die onder het eigen risico van de ziektekostenverzekering vallen, worden niet aanvullend uitgekeerd op deze aanvullende verzekering.

**2.3 Maximale vergoeding**

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- indien en voorzover geen (maximum-)tarief, op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

**2.4 Medische grondslag**

De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

**2.5 Overname incasso zorgverlener**

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

**Artikel 3 Overzicht van vergoedingen****3.1 Abortus**

3.1.1 Medische kosten van abortus.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

De ingreep dient te worden uitgevoerd door een medisch-specialist in een ziekenhuis of in een in Nederland gevestigde door de overheid erkende kliniek die speciaal voor de bovengenoemde behandeling is ingericht.

**3.2 Acnebehandeling**

3.2.1 Behandeling van acne.

Vergoeding:

Tot € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Er dient sprake te zijn van ernstige vormen van acne in het gelaat en/of hals.

Op voorschrift van de huisarts of specialist. De behandeling dient te worden uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e).

**3.3 Alternatieve geneeswijze**

3.3.1 Onderzoek en behandeling door een alternatieve genezer alsmede alternatieve geneesmiddelen.

Vergoeding:

Tot € 750,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Alternatieve geneesmiddelen dienen te worden geleverd door een apotheek of alternatieve genezer.

**3.4 Anticonceptiva**

3.4.1 Anticonceptiva

Vergoeding:

Volledig, met uitzondering van condooms.

Voorwaarden:

Verzekerde dient een leeftijd te hebben van 21 jaar of ouder. De anticonceptiva dienen te worden geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

**3.5 Astma therapeutisch kamp**

3.5.1 Verblijf in een therapeutisch kamp.

Vergoeding:

50% van de kosten voor verblijf.

Voorwaarden:

Verzekerde dient astmatisch en jonger dan 21 jaar te zijn. Op voorschrift van een medisch specialist.

**3.6 Bevalling en kraamzorg (eigen bijdrage)**

3.6.1 Eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel de vrouwelijke verzekerde als haar kind bij verblijf in een ziekenhuis of kraamcentrum zonder medische noodzaak.

Vergoeding:

Tot: € 14,- per opnamedag.

3.6.2 Eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel de vrouwelijke verzekerde als haar kind bij verblijf thuis.

Vergoeding:

€ 3,50 per uur verleende zorg.

### **3.7 Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood**

3.7.1 Huur of bruikleen van bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood.

Vergoeding:  
Volledig.

Voorwaarden:  
Op voorschrift van een kinderarts. Bewakingsapparatuur dient vooraf bij de afdeling Managed Care te worden aangevraagd.

### **3.8 Brillen en Contactlenzen**

Verzekerde kan per 36 maanden aanspraak maken op de vergoedingen genoemd in artikel 3.8.1 of artikel 3.8.2.

3.8.1 Enkelvoudige glazen (incl. montuur) of contactlenzen.

Vergoeding:  
Tot € 150,- per verzekerde per 36 maanden.

Voorwaarden:  
Vanaf 1,5 of meer dioptrieën.

3.8.2 Multifocale/varifocus glazen (incl. montuur) of contactlenzen.

Vergoeding:  
Tot € 300,- per verzekerde per 36 maanden.

Voorwaarden:  
Vanaf 1,5 of meer dioptrieën.

Toelichting:  
De periode van 36 maanden vangt aan op de leverdatum van de eerste aanschaf van de brillenglazen of contactlenzen die door de zorgverzekeraar zijn vergoed.

Onder contactlenzen worden verstaan dag-, week-, maand- of vaste contactlenzen die door een opticien verstrekt zijn.

### **3.9 Buitenland**

#### **3.9.1 Tijdens tijdelijk verblijf**

3.9.1.1 De zorgkosten die de vergoeding op grond van een Ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet te boven gaan.

Vergoeding:  
- Volledig voor zorg in een EU, EER of verdragsland.  
- Tot 2 maal het Nederlandse tarief voor zorg in de rest van de wereld.

Voorwaarden:  
De zorg dient plaats te vinden tijdens tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland en slechts bij acute ziekte of ongeval. De zorg dient niet het doel van de reis naar het buitenland te vormen. Bij spoedeisende zorg is verzekerde verplicht direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International.

Toelichting:  
Het Nederlandse tarief is het op dat moment op basis van de Wet tarieven Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend.

Als er geen tarief op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg (maximum-)tarief is vastgesteld, geldt het in Nederland geldende marktconform bedrag als het Nederlandse tarief.

#### **3.9.2 Woonachtig in het buitenland**

3.9.2.1 De zorgkosten die de vergoeding op grond van een ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet te boven gaan.

Vergoeding:  
Volledig.

Voorwaarden:  
De zorg dient plaats te vinden in het woonland.

3.9.2.2 De zorgkosten die volgens deze verzekering voor vergoeding in aanmerking komen als de behandeling had plaatsgevonden in Nederland.

Vergoeding:  
Volledig.

Voorwaarden:  
De zorg dient plaats te vinden in het woonland.

Toelichting:  
Het woonland is het land dat lid is van de EU of EER dan wel aangemerkt wordt als Verdragsland.

#### **3.9.3 Repatriëring**

3.9.3.1 Vervoer (inclusief de noodzakelijke medische begeleiding en begeleiding door een gezinslid van de betreffende zieke verzekerde) per ziekenauto of ambulancevliegtuig naar het woonland.

Vergoeding:  
Volledig

Voorwaarden:  
Verzekerde dient direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International.

Slechts in geval van acute ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel van verzekerde bestaat er recht op repatriëring.

De verzekerde dient medewerking te verlenen aan het verkrijgen van een schriftelijke verklaring van de behandelend arts waaruit blijkt dat vervoer verantwoord is en dat de gekozen wijze van vervoer alsmede de vorm van eventuele medische begeleiding noodzakelijk is. Voor vervoer per ambulancevliegtuig geldt bovendien dat de repatriëring het redden van het leven en/of het voorkomen of verminderen van de te verwachten invaliditeit van verzekerde moet beogen. Repatriëring dient plaats te vinden naar het woonland.

3.9.3.2 Vervoer van het stoffelijk overschot, begrafenis of crematie ter plaatse.

Vergoeding:  
Tot € 10.000,-

Voorwaarden:  
De nabestaanden dienen direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International. Vervoer van het stoffelijk overschot dient plaats te vinden naar de woonplaats in het op het polisblad vermelde woonland.

**Toelichting:**

Ingeval van overlijden van verzekerde bestaat recht op vergoeding van de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot naar een plaats in het woonland, waaronder de kosten van de voor het vervoer noodzakelijke kist. Er kan ook gekozen worden voor vergoeding van de begrafenis of crematie ter plaatse.

Er bestaat geen recht op hulpverlening en vergoeding van kosten, indien de reis naar het buitenland tot doel had een medisch behandeling te ondergaan.

**3.9.4 SOS Hulpverlening**

Er bestaat tijdens tijdelijk verblijf recht op hulpverlening door SOS International. Een team van Nederlandse verpleegkundigen is telefonisch bereikbaar voor allerhande vragen op medisch gebied en kunnen verzekerde van advies voorzien. Als medische hulp noodzakelijk is, kunnen zij u doorverwijzen naar een betrouwbare zorginstelling in de buurt van uw verblijf. Telefoon: 0031 (0)20 651 51 51.

**3.9.5 Betaalwijze**

Uitkering vindt plaats in Nederland in een Nederlands wettig betaalmiddel tegen de omrekenkoers op de dag dat de verzekeraar de uitkering vaststelt.

**3.10 Camouflagetherapie**

3.10.1 Camouflagelessen en de daarvoor benodigde middelen.

**Vergoeding:**

Tot € 250,- per verzekerde per jaar.

**Voorwaarden:**

In geval van een ernstige huidafwijking in het gelaat en/of hals.

Op voorschrift van de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

De behandeling dient te worden uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

**3.11 Dyslexie**

3.11.1 Onderzoek, consulten en behandelingen.

**Vergoeding:**

Tot maximaal € 500,- per verzekerde, gedurende de gehele looptijd van de verzekering.

**Voorwaarden:**

De behandeling dient te worden uitgevoerd door een orthopedagoog, psycholoog of logopedist.

**3.12 Epilatie**

3.12.1 Epilatie

**Vergoeding:**

Tot € 250,- per verzekerde per kalenderjaar.

**Voorwaarden:**

Er dient sprake te zijn van overmatige haargroei op ongebruikelijke plaatsen in het gelaat of hals van een verzekerde van het vrouwelijk geslacht.

Op voorschrift van de behandelend arts en uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e).

**3.13 Ergotherapie**

3.13.1 Ergotherapie

**Vergoeding:**

Volledig vanaf het elfde behandeluur.

**Toelichting:**

De eerste tien behandelingen worden vergoed op een Ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet.

Ergotherapie omvat advisering, instructie, training of behandeling te verlenen door een erkend ergotherapeut in zijn huispraktijk of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

**3.14 Fertiliteitbevorderende behandelingen (IVF)**

3.14.1 De kosten van in-vitrofertilisatie (IVF).

**Vergoeding:**

75% van de kosten van de eerste poging IVF.

**Voorwaarden:**

Bij een algemeen geaccepteerde medische indicatie. Op voorschrift van de behandelend arts en uitgevoerd in een vergunninghoudend ziekenhuis.

**Toelichting:**

De tweede en derde poging IVF worden vergoed op een ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet.

**3.15 Farmaceutische zorg (geneesmiddelen)**

3.15.1 Eigen bijdragen op geneesmiddelen waarvoor een vergoedingslimiet geldt zoals omschreven in het Reglement Farmaceutische Zorg.

**Vergoeding:**

Volledig.

**Voorwaarden:**

Het geneesmiddel dient voor vergoeding in aanmerking te komen op een Ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet.

3.15.2 Geregistreerde geneesmiddelen die niet zijn aangewezen door de overheid in het Reglement Farmaceutische Zorg met uitzondering van vergoedingen omschreven in artikel 3.3 en 3.4 van deze polis.

**Vergoeding:**

Tot € 250,- per verzekerde per kalenderjaar.

**Voorwaarden:**

Op voorschrift van huisarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch specialist of verloskundige. Geleverd door apotheek of apotheekhoudend huisarts

**3.16 Fysiotherapie en oefentherapie**

3.16.1 Behandeling door een gecontracteerde zorgverlener.

**Vergoeding:**

Volledig, tot 18 behandelingen per aandoening.

**Voorwaarden:**

Behandelingen worden uitgevoerd door een met de zorgverzekeraar gecontracteerde (kinder)fysiotherapeut, bekkentherapeut, oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck, oedeemtherapeut of manueel therapeut.

**Toelichting:**

Bij een chronische aandoening zoals omschreven in de Regeling zorgverzekering komen de kosten vanaf de 10<sup>e</sup> behandeling op een Ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet voor vergoeding in aanmerking.

**3.16.2 Behandelingen door een niet gecontracteerde zorgverlener.**

**Vergoeding:**

Tot € 20,50 per behandeling, tot 18 behandelingen per aandoening.

**Voorwaarden:**

Behandelingen worden uitgevoerd door een (kinder)fysiotherapeut, bekkentherapeut, oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck, oedeemtherapeut of manueel therapeut.

**Toelichting:**

Bij een chronische aandoening zoals omschreven in de Regeling zorgverzekering komen de kosten vanaf de 10<sup>e</sup> behandeling op een Ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet voor vergoeding in aanmerking.

**3.17 Herstellingsoord**

**3.17.1 Verblijf in een herstellingsoord voor somatische ziekten.**

**Vergoeding:**

75% tot maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar.

**Voorwaarden:**

Op voorschrift van de behandelend arts.

**3.18 Hulpmiddelen**

**3.18.1 Eigen bijdrage voor aanschaf, herstel en correctie van hulpmiddelen.**

**Vergoeding:**

Volledig.

**Voorwaarden:**

Het hulpmiddel dient te zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar.

**3.18.2 Kosten boven maximale vergoeding op grond van een ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet.**

**Vergoeding:**

- Volledig voor verzekerde tot 18 jaar.  
- Tot € 250,- per verzekerde per kalenderjaar voor verzekerde vanaf 18 jaar.

**Voorwaarden:**

Er dient sprake te zijn van kosten boven de maximale vergoeding op aanschaf, herstel en correctie van hulpmiddelen als omschreven in het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar zoals die geldt voor een ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet.

**3.19 Kinderopvang bij opname ouders**

**3.19.1 Kinderopvang bij ziekenhuisopname van een van de verzekerde ouders of verzorgers.**

**Vergoeding:**

Tot 30 dagen per kalenderjaar à € 10,- per dag.

**Voorwaarden:**

In geval van ziekenhuisopname van één van de bij de zorgverzekeraar verzekerde ouders of verzorgers. Voor opvang van bij de zorgverzekeraar verzekerde kinderen tot en met het kalenderjaar waarin de twaalfjarige leeftijd wordt bereikt.

**3.20 Kraamcadeau**

**3.20.1 Kraamcadeau verstrekt door de zorgverzekeraar.**

**Vergoeding:**

De vrouwelijk verzekerde ontvangt van de zorgverzekeraar een kraamcadeau ten behoeve van de bevalling. Deze dient vooraf bij de afdeling Managed Care te worden aangevraagd

**Voorwaarden:**

De verzekerde dient in de periode gelegen tussen de 5e en 7e maand van de zwangerschap verzekerd te zijn bij de zorgverzekeraar.

**3.21 Kuurreizen**

**3.21.1 Kuurreizen.**

**Vergoeding:**

Tot € 500,- per verzekerde per jaar, met uitzondering van de reiskosten van en naar het vliegveld.

**Voorwaarden:**

Verzekerde dient te lijden aan ziekten van het bewegingsapparaat, zoals onder meer de ziekte van Bechterew, arthrosis, reumatische aandoeningen e.d. Er is vooraf toestemming van de zorgverzekeraar vereist. De reis dient te worden georganiseerd door de Stichting Interkuur.

**3.22 Logeerhuis bij opname**

**3.22.1 Verschuldigde eigen bijdrage van verblijf van de ouders of partner in een Ronald McDonaldhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeerhuis.**

**Vergoeding:**

Volledig.

**Voorwaarden:**

De opname betreft een bij de zorgverzekeraar verzekerd gezinslid van de ouders of partner.

**3.23 Lymfedrainage/oedeemtherapie**

**3.23.1 Behandeling van Lymfedrainage/Oedeemtherapie**

**Vergoeding:**

Volledig.

**Voorwaarden:**

Op verwijzing van een arts. Uitgevoerd door een huidtherapeut.

**3.24 Orthodontie**

**3.24.1 Orthodontische behandeling tot 18 jaar.**

**Vergoeding:**

Tot € 2000,- gedurende de looptijd van de verzekering, indien en voorzover de behandeling op grond van een

ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet niet voor vergoeding in aanmerking komt.

Voorwaarden  
De behandeling dient te worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.

#### 3.24.2 Orthodontische behandeling vanaf 18 jaar.

Vergoeding:  
Tot € 1000,- gedurende de looptijd van de verzekering, indien en voorzover de behandeling op grond van een ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet niet voor vergoeding in aanmerking komt.

Voorwaarden:  
De behandeling dient te worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.

### 3.25 Orthoptie

#### 3.25.1 Orthoptische behandeling.

Vergoeding:  
Volledig.

Voorwaarden:  
Uitgevoerd door een orthoptist.

### 3.26 Plaswekker

#### 3.26.1 Aanschaf van een plaswekker en toebehoren.

Vergoeding:  
Volledig.

Voorwaarden:  
Op voorschrift van de behandelend arts.

### 3.27 Podotherapie

#### 3.27.1 Podotherapeutische behandeling.

Vergoeding:  
Volledig.

Voorwaarden:  
Uitgevoerd door een podotherapeut.

### 3.28 Preventieve geneeskunde

#### 3.28.1 Preventieve onderzoeken naar hart - en bloedvaten, baarmoederhalskanker, borstkanker, prostaatkanker en cholesterol.

Vergoeding:  
Volledig, tot het in Nederland geldende wettelijk vastgestelde tarief.

Voorwaarden:  
Onderzoeken dienen te worden uitgevoerd door een medisch specialist in een Nederlands ziekenhuis of door een huisarts.

#### 3.28.2 Kosten van de preventieve vaccinaties voor griep, hondsdoelheid, rode hond, tetanus, hepatitis – B.

Vergoeding:  
Volledig.

#### 3.28.3 Kosten van die vaccinaties en preventieve geneesmiddelen die nodig zijn conform de adviezen van

het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR) ter bescherming of voorkoming van ziektes ten gevolge van een tijdelijk verblijf in het buitenland.

Vergoeding:  
Volledig.

Toelichting:  
Meer informatie vindt u op [www.LCR.nl](http://www.LCR.nl).

### 3.29 Psoriasis - dagbehandeling

#### 3.29.1 Behandeling van psoriasis door middel van een dagbehandeling.

Vergoeding:  
Tot € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:  
De behandeling dient plaats te vinden in één van de in Nederland erkende centra voor psoriasisdagbehandeling. Op voorschrift van de behandelend arts.

### 3.30 Psychologische hulp

#### 3.30.1 Psychologische hulp door een gecontracteerde psycholoog.

Vergoeding:  
Volledig.

Voorwaarden:  
Behandeling dient te worden uitgevoerd door een eerstelijns psycholoog. Verzekerde dient 18 jaar of ouder te zijn. Behandelingen dienen vooraf bij de afdeling Managed Care te worden aangevraagd.

#### 3.30.2 Psychologische hulp door een niet gecontracteerde psycholoog.

Vergoeding:  
Tot € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:  
Behandeling dient te worden uitgevoerd door een eerstelijns psycholoog.

Toelichting:  
Eerstelijns psychologische hulp betreft een kortdurende behandeling van de klachten. Over het algemeen wordt gestreefd het aantal behandelingen te beperken tot 10 gesprekken.

### 3.31 Rechtsbijstand bij schade door medische onregelmatigheden

#### 3.31.1 Rechtsbijstand door de N.V. DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringsmaatschappij te Amsterdam.

Vergoeding:  
- Volledig voor rechtsbijstand.  
- Tot maximaal € 12.500,- per schadegeval voor de noodzakelijke gebleken inschakeling van externe deskundigen.

Voorwaarden:  
Bij verhaal van een door verzekerde geleden schade op de daarvoor aansprakelijke (rechts)persoon. Schade is het gevolg van een consult, behandeling, verrichting, verstrekking of voorziening binnen Europa,

waarvan de kosten krachtens een zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komen.

De aanspraak op rechtsbijstand vervalt bij melding van een schade later dan 1 jaar na beëindiging van deze verzekering.

Indien u gebruik wilt maken van de diensten van de N.V. DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringsmaatschappij dient u contact op te nemen met de zorgverzekeraar.

Toelichting:

De Algemene Voorwaarden voor de Rechtsbijstandverzekering zijn bij de zorgverzekeraar opvraagbaar.

### 3.32 Refertilisatie

3.32.1 Ongedaan maken van een sterilisatie.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

De behandeling dient te worden uitgevoerd in een ziekenhuis.

### 3.33 Second opinion

3.33.1 Raadplegen van een andere arts dan de behandelend arts over een door de behandelend arts voorgestelde behandeling.

Vergoeding:

Volledig.

### 3.34 Sportkeuringen en blessureconsulten

3.34.1 Sportkeuring of blessureconsult.

Vergoeding:

Volledig voor 1 keuring per twee jaar.

Voorwaarden:

De keuring of het consult dient te worden uitgevoerd in een Sport Medisch Adviescentrum. (SMA)

### 3.35 Sterilisatie

3.35.1 Sterilisatie.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

De behandeling dient te worden uitgevoerd in een ziekenhuis of door de zorgverzekeraar gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum.

### 3.36 Steunzolen

3.36.1 Steunzolen.

Vergoeding:

Tot € 50,- voor één paar steunzolen per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Op voorschrift van behandelend arts of podotherapeut.

### 3.37 Stottertherapie

3.37.1 Behandeling van stotteren door middel van stottertherapie.

Vergoeding:

Tot € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Er dient volgens de Del Ferro methode, de Hausdorfer methode of de BOMA methode stottertherapie te worden gegeven.

Toelichting:

De kosten van verblijf komen voor eigen rekening.

### 3.38 Tandartskosten voor verzekerde tot 18 jaar

3.38.1 Tandartskosten voor verzekerde tot 18 jaar.

Vergoeding:

Volledig voor tandheelkundige hulp of eigen bijdragen op de reguliere tandheelkundige hulp voor verzekerde tot 18 jaar die niet vergoed worden op een ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet. Vergoeding van orthodontie vindt plaats op basis van artikel 3.24.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een tandarts of mondhygiënist.

### 3.39 Wondverzorging

3.39.1 Zelfzorgmiddelen voor wondverzorging.

Vergoeding:

€ 50,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

De middelen dienen geleverd te zijn door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

### 3.40 Ziekenvervoer (eigen bijdragen)

3.40.1 Eigen bijdragen voor zittend ziekenvervoer.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Er dient sprake te zijn van zittend ziekenvervoer dat vergoed wordt op grond van een Ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet.

### Artikel 4 Uitsluitingen:

Geen vergoeding wordt verleend voor:

#### 4.1 Na-u-clausule

de kosten die gedekt zijn onder een andere (speciale) verzekering, al dan niet van oudere datum, of onder een andere verzekering gedekt zouden zijn indien onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan;

#### 4.2 Samenloop

zover door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt krachtens:

- een wettelijk geregelde verzekering;
- regeling van overheidswege;
- enigerlei subsidieregeling;
- of een andere overeenkomst.

In een dergelijk geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig en zullen alleen de kosten voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaan waarop de verzekeringnemer of de verzekerde elders aanspraak zou kunnen doen gelden;

#### **4.3 AWBZ**

verstrekkingen krachtens de AWBZ waarop verzekerden op grond van die wet geen recht hebben. Tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen hebben niet-ingezetenen geen recht op vergoeding van kosten welke voor Nederlands ingezetenen voor rekening van de AWBZ zouden komen;

#### **4.4 Eigen bijdrage AWBZ**

eigen bijdragen krachtens de AWBZ en eigen bijdragen bij bevolkingsonderzoeken;

#### **4.5 Niet nagekomen afspraak**

declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;

#### **4.6 Preventieve geneeskunde**

de kosten van keuringen en het afgeven van attesten, uitgezonderd het bepaalde in artikel 3.28;

#### **4.7 Celtherapie**

de kosten van celtherapie;

#### **4.8 Dekking**

de kosten welke zijn gemaakt in de periode dat deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van behandeling bepalend is;

#### **4.9 Molest**

kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf; -indien de schade is veroorzaakt door terrorisme is de dekking gelimiteerd tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar binnen de aanspraak op schadevergoeding ontvangt van de NHT (Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade) zie clausule terrorismedekking;

#### **4.10 Atoomkernreacties**

kosten welke zijn veroorzaakt door of verband houden met atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan; 4.10.1 De uitsluiting onder 4.10 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979, 225). 4.10.2 Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 4.10.1 geen toepassing;

#### **Artikel 5 Diensten Managed Care**

De verzekerde kan voor zorgbemiddeling terecht bij de ervaren verpleegkundigen van de afdeling Managed Care. Zorgbemiddeling houdt in dat wij actief op zoek gaan om binnen redelijke termijn de beste zorg voor de verzekerde te vinden. Verder kan verzekerde terecht voor onder meer: het organiseren van hulpmiddelen, advisering over kraamzorg en algemene informatie over gezondheid, ziekte en preventie. De afdeling Managed Care is te

bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer (033) 464 28 81 en per mail via managed.care@nl.fortis.com.

#### **Artikel 6 Algemeen**

##### **6.1 Grondslag van de verzekering**

Aan deze overeenkomst liggen ten grondslag de in het aanvraagformulier en voor zover van toepassing de gezondheidsverklaring verstrekte opgaven en inlichtingen door de verzekeringnemer aan de maatschappij, alsmede - indien medische keuring heeft plaatsgevonden - de bij die keuring door verzekeringnemer en/of verzekerde verstrekte gegevens.

Verzekeringnemer is verplicht de gestelde vragen in voornoemde opgaven en verklaringen zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor feiten en omstandigheden die betrekking hebben op een bij het sluiten van deze verzekering bekende derde, wiens belangen worden meeverzekerd en die de leeftijd van zestien jaar heeft bereikt.

Feiten en omstandigheden die verzekeringnemer kent of behoort te kennen nadat verzekeringnemer deze aanvraag heeft ingezonden, maar voordat de zorgverzekeraar heeft bericht over zijn definitieve beslissing het door u ter verzekering aangeboden risico al dan niet te verzekeren, dient verzekeringnemer alsnog aan de zorgverzekeraar mede te delen indien deze vallen onder de vraagstelling in voornoemde opgaven en verklaringen.

Indien verzekerde niet of niet volledig aan zijn mededelingsplicht heeft voldaan, kan zulks ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. Indien verzekerde met opzet tot misleiden van de zorgverzekeraar heeft gehandeld of deze bij kennis omtrent de ware stand van zaken de verzekering nimmer zou hebben gesloten, heeft hij tevens het recht de verzekering op te zeggen.

##### **6.2 Begin en einde van de vergoeding**

Indien op grond van de eerdere bepalingen in deze voorwaarden recht bestaat op vergoeding van gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover de zorg is genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

##### **6.3 Registratie van de persoonsgegevens**

De bij de aanvraag van deze verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de zorgverzekeraar gevoerde persoonsregistratie. De verwerking van deze gegevens geschiedt vertrouwelijk en overeenkomstig de voorschriften van de Wet Bescherming Persoonsgegevens.

##### **6.4 Machtiging**

Een door de zorgverzekeraar afgegeven machtiging geldt niet langer dan de looptijd van de verzekering en is afgegeven onder voorbehoud van wijziging in wet en regelgeving.

##### **6.5 Kennisgeving**

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan het laatst bekende adres of aan het adres van degene door wiens bemiddeling de verzekering loopt, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

##### **6.6 Aanvullende verzekering kinderen.**

De verzekerde die de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt is slechts aanvullend verzekerd indien en voorzover de ouders van verzekerde aanvullend bij de zorgverzekeraar verzekerd zijn.

## **Artikel 7 Premie**

### **7.1 Premie verschuldigd**

Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd

### **7.2 Leeftijdsbepaling**

Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

### **7.3 Premierestitutie**

Behalve bij opzegging wegens opzet de zorgverzekeraar te misleiden, wordt bij tussentijdse opzegging de lopende premie naar billijkheid verminderd.

## **Artikel 8 Premiebetaling en schorsing**

### **8.1 Premiebetaling**

De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen.

Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren.

Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

### **8.2 Schorsing**

Indien de verzekeringnemer de verschuldigde premie niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn.

Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de schorsing is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

### **8.3 Opschorting bij detentie**

De verzekering wordt van rechtswege opgeschort gedurende de periode dat een verzekerde gedetineerd is. Zodra de detentie eindigt, herleven de rechten en plichten weer.

## **Artikel 9 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde**

### **9.1 Schademeldingsplicht**

Zodra verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde op de hoogte is of behoort te zijn van een gebeurtenis die voor zorgverzekeraar tot een uitkeringsplicht kan leiden, is hij verplicht die gebeurtenis zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is aan zorgverzekeraar te melden.

### **9.2 Schade-informatieplicht**

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn aan zorgverzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die voor zorgverzekeraar van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.

## **9.3 Medewerkingsplicht**

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht hun volle medewerking te verlenen en alles na te laten wat de belangen van zorgverzekeraar zou kunnen benadelen.

## **9.4 Orginele nota's**

De verzekeringnemer/verzekerde dient de originele nota's binnen drie jaren gerekend vanaf de factuurdatum, bij de zorgverzekeraar in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn.

## **9.5 Belangen van de zorgverzekeraar**

Aan deze verzekering kunnen geen rechten worden ontleend indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een of meer van bovenstaande polisverplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van zorgverzekeraar heeft benadeeld. Elk recht op uitkering komt te vervallen, indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde de hiervoor genoemde verplichtingen niet is nagekomen met de opzet de zorgverzekeraar te misleiden, tenzij de misleiding het verval van recht niet rechtvaardigt.

## **Artikel 10 Declaraties en schorsing**

### **10.1 Rechtstreeks betaalde declaraties**

De zorgverzekeraar heeft het recht om declaraties van zorgverleners, die bij de zorgverzekeraar zijn ingediend door de zorgverlener, rechtstreeks te voldoen aan de zorgverlener. Verzekeringnemer heeft recht op een specificatie van de betaalde bedragen door middel van een uitkeringsbrief.

### **10.2 Verschuldigde bedragen**

De in het vorige lid 1 genoemde declaratie zal door de zorgverzekeraar volledig aan de zorgverlener betaald worden, ook al komt de declaratie niet volledig voor vergoeding in aanmerking, door bijvoorbeeld een openstaand eigen risico of een beperkte vergoedingsregeling. Verzekeringnemer dient het eigen risico of vergoeding(en), voorzover deze boven de beperkte vergoedingsregeling uitkomen, te voldoen aan de zorgverzekeraar.

### **10.3 Vordering in het algemeen**

De in het vorige lid 2 omschreven bedragen zijn verschuldigd zodra verzekeringnemer de verzamelnota heeft ontvangen. De verzamelnota bevat een overzicht van de verschillende uitkeringsbrieven, waarin de verschuldigde bedragen zijn opgenomen. De verzekeringnemer dient de verschuldigde bedragen aan de zorgverzekeraar, binnen de in de verzamelnota genoemde termijn, te voldoen. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

### **10.4 Schorsing**

Indien verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de verzamelnota genoemde termijn betaalt, volgt na de verzamelnota nog een aanmaning. Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn.



Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de schorsing is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

#### **Artikel 11 Regres**

De verzekeringnemer of verzekerde is verplicht:

- de zorgverzekeraar inlichtingen te verschaffen en medewerking te verlenen bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- alvorens met een derde, of degene die voor of namens de derde optreedt - daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde - een regeling treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, contact op te nemen met de zorgverzekeraar.

In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling te treffen, waaronder mede begrepen het verlenen van kwijting, waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten zou worden benadeeld.

Indien verzekerde geheel of gedeeltelijk niet voldoet aan het in dit artikel bepaalde is hij tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de kant van de zorgverzekeraar geleden schade.

#### **Artikel 12 Fraude**

##### **12.1 Definitie**

Fraude is het opzettelijk onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van vergoeding van de zorgverzekeraar. Tevens omvat fraude het met opzet misleiden van de zorgverzekeraar met als doel het afsluiten van een verzekeringsovereenkomst die de zorgverzekeraar bij juiste kennis van zaken niet of onder andere voorwaarden zou hebben gesloten.

##### **12.2 Vervallen rechten**

Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op vergoeding vervalt indien de verzekeringnemer en/ of verzekerde en/ of een bij de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan met betrekking van een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor de zorgverzekeraar bij de beoordeling van de ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor het hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/ of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

##### **12.3 Aangifte**

Als er sprake is van fraude als bedoeld in lid 1 van dit artikel, kan dit tot gevolg hebben dat de zorgverzekeraar aangifte doet bij de politie.

##### **12.4 Einde overeenkomst**

De zorgverzekeraar heeft het recht de overeenkomst, in geval van fraude te beëindigen.

##### **12.5 Registratie fraude**

De zorgverzekeraar kan registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen.

#### **12.6 Vordering**

Als er sprake is van fraude, als bedoeld in lid 1 van dit artikel, heeft de zorgverzekeraar het recht tot terugvordering van de uitgekeerde vergoeding en gemaakte kosten.

#### **Artikel 13 Kennisgeving relevante gebeurtenissen**

##### **13.1 Kennisgeving**

De verzekeringnemer is verplicht binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d.

##### **13.2 Bereiken van de achttienjarige leeftijd door een verzekerde**

De zorgverzekeraar benadert de verzekerde dan wel zijn of haar verzekeringnemer tenminste 6 weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt met de vraag voor welk aanvullende verzekering wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie. Als de verzekeringnemer dan wel de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan de zorgverzekeraar kenbaar maakt binnen de in de mededeling genoemde termijn wordt een premie berekend, overeenkomend met de bestaande aanvullende verzekering.

#### **Artikel 14 Herziening van premie of voorwaarden**

##### **14.1 Herziening**

De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende zorgpolissen en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum. De zorgverzekeraar doet van de voorgenomen herziening schriftelijk mededeling, eventueel op de premiekwitanties.

##### **14.2 Verstrijken termijn beëindigen overeenkomst**

Heeft de zorgverzekeraar binnen 30 dagen na de in het eerste lid genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

#### **Artikel 15 Duur van de verzekering**

##### **15.1 Begin van de verzekering**

De verzekering gaat in op de datum dat de zorgverzekeraar het verzoek daartoe alsmede de aanduiding van de variant waarvoor verzekerde kiest, heeft ontvangen. De ingangsdatum wordt op het polisblad vermeld.

##### **15.2 Looptijd**

Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

##### **15.3 Einde van de verzekering**

**15.3.1** Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens schriftelijke opzegging door de zorgverzekeraar in navolgende gevallen:

**15.3.1.1** Indien verzekeringnemer de verschuldigde premie of de verschuldigde bedragen als bedoeld in artikel 8.1, niet tijdig betaalt of weigert te betalen, heeft de zorgverzekeraar het recht de verzekering, met inachtneming van de procedure als bedoeld in artikel 8.2 schorsing, te beëindigen;

**15.3.1.2** Indien binnen twee maanden na de ontdekking dat verzekeringnemer fraude heeft gepleegd, als bedoeld in artikel 12.1, of de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen en verzekeringnemer daarbij heeft gehandeld met de opzet de zorgverzekeraar te misleiden dan wel de zorgverzekeraar de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum.

**15.3.2** De verzekering eindigt door een schriftelijke opzegging door verzekeringnemer in navolgende gevallen:

**15.3.2.1** Tegen het einde van de op het polisblad vermelde geldigheidsduur met inachtneming van een opzeggingstermijn van twee maanden;

**15.3.2.2** Indien de verzekeringnemer niet met een herziening als bedoeld in artikel 14.1 akkoord gaat. Verzekeringnemer dient de verzekering binnen één maand na ontvangst van de schriftelijke mededeling als bedoeld in artikel 14.1 van zorgverzekeraar op te zeggen. De verzekering eindigt op de dag waarop de wijziging volgens de schriftelijke mededeling van zorgverzekeraar ingaat. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven. De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering door verzekeringnemer of verzekerde geldt niet indien:

- de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen en bepalingen;
- de wijziging van de premie voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde wiens leeftijd bepalend is voor de premie;
- de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;
- de wijziging een uitbreiding van de dekking bij gelijkblijvende premie inhoudt;

**15.3.2.3** Indien binnen twee maanden nadat de zorgverzekeraar tegenover verzekeringnemer een beroep op de niet nakoming van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft gedaan. De verzekering eindigt op de datum die in de opzeggingsbrief is vermeld of bij gebreke daarvan op de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief.

**15.3.3** De verzekering eindigt in navolgende gevallen:

**15.3.3.1** De verzekering eindigt de volgende dag ingeval van overlijden van de verzekerde. De zorgverzekeraar dient binnen twee maanden na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden;

**15.3.3.2** De verzekering eindigt (tenzij na schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar anders is overeengekomen) voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.

## **Artikel 16 Toepasselijk recht en klachten**

### **16.1 Toepasselijk recht**

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

### **16.2 Klachten**

#### **16.2.1 Intern klachtenbureau**

Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door de zorgverzekeraar, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, kan hij de zorgverzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de afdeling Cliëntenservice, telefoonnummer (033) 464 25 55 of email: [clientenservice@amersfoortse.nl](mailto:clientenservice@amersfoortse.nl).

#### **16.2.2 Ombudsman Zorgverzekeringen**

Wanneer het oordeel van de maatschappij voor de verzekerde niet bevredigend is, kan deze zich wenden tot

de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist. Telefoon: (030) 698 83 60.

### **16.2.3 De rechter**

Wanneer verzekerde geen gebruik wil maken van de klachtenbehandelingsmogelijkheden, of de behandeling of uitkomst niet bevredigend vindt, kan hij het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.

## **Artikel 17 Bepalingen in verband met collectiviteit**

### **17.1 Uitdiensttreding**

Als een verzekerde een functie elders aanvaardt, kan de verzekering zonder selectie worden voortgezet tegen een gelijkwaardige individuele aanvullende verzekering, mits de wens daartoe binnen veertien dagen na beëindiging van het dienstverband schriftelijk aan de zorgverzekeraar wordt kenbaar gemaakt. Bijzondere afspraken die uitsluitend gelden voor het collectief worden op de individuele aanvullende verzekering niet voortgezet.

### **17.2 Afbreuk collectief karakter**

De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor, als aan het (collectieve) karakter van dit contract in aanzienlijke mate afbreuk wordt gedaan, het contract tussentijds te beëindigen met inachtneming van een opzegtermijn van een maand.

### **Clausule terrorismedekking**

Op deze verzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT). De tekst van de clausule terrorismedekking is op verzoek bij de zorgverzekeraar opvraagbaar.

## Aanvulling Optimaal

### Polisvoorwaarden

#### Inhoud van de polis

1 Begripsomschrijvingen	
2 Prestatiewijze en dekking	
3 Omvang van de vergoedingen	
Abortus	3.1
Acnebehandeling	3.2
Alternatieve geneeswijzen	3.3
Anticonceptiva	3.4
Astma therapeutisch kamp	3.5
Bevalling en Kraamzorg (eigen bijdragen)	3.6
Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood	3.7
Brillen en contactlenzen	3.8
Buitenland	3.9
Camouflagetherapie	3.10
Cursussen	3.11
Dieetadvisering	3.12
Dyslexie	3.13
Epilatie	3.14
Ergotherapie	3.15
Fertiliteitbevorderende behandelingen (IVF)	3.16
Farmaceutische zorg (geneesmiddelen)	3.17
Fysiotherapie en oefentherapie	3.18
Herstellingsoort	3.19
Hulpmiddelen	3.20
Kinderopvang bij opname ouders	3.21
Kraamcadeau	3.22
Kuurreizen	3.23
Laserbehandeling of lensimplantatie van de ogen	3.24
Lidmaatschap	3.25
Logeerhuis bij opname	3.26
Lymfedrainage (oedeemtherapie)	3.27
Orthodontie	3.28
Orthoptie	3.29
Plaswecker	3.30
Podotherapie	3.31
Preventieve geneeskunde	3.32
Psoriasisdagbehandeling	3.33
Psychologische hulp	3.34
Rechtsbijstand	3.35
Refertilisatie	3.36
Second opinion	3.37
Sportkeuringen en blessureconsulten	3.38
Sterilisatie	3.39
Steunzolen	3.40
Stottertherapie	3.41
Tandartskosten voor verzekerde tot 18 jaar	3.42
Wondverzorging	3.43
Ziekenvervoer (eigen bijdragen)	3.44
4 Uitsluitingen	
5 Diensten Managed Care	
6 Algemeen	
7 Premie	
8 Premiebetaling en schorsing	
9 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde	
10 Declaraties en schorsing	
11 Regres	

12 Fraude
13 Kennisgeving relevante gebeurtenissen
14 Herziening van premie of voorwaarden
15 Begin en einde van de verzekering
16 Toepasselijk recht en klachten
17 Bepalingen in verband met collectiviteit
Clausule terrorismedekking

#### Verzekeringsvoorwaarden

##### Artikel 1 Begripsomschrijvingen

###### 1.1 Alternatief genezer

Een in Nederland gevestigde alternatief genezer, op een bepaald gebied algemeen erkend, als zodanig praktiserend en lid van een erkende beroepsvereniging.

###### 1.2 Apotheekhoudend huisarts

Een arts, die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, op grond van artikel 6 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening bevoegd is tot uitoefening van de artseneijbereidkunst en een erkenning heeft als apothekhouder.

###### 1.3 Apotheker

Een erkende apotheker die voldoet aan de eisen zoals omschreven in de Wet BIG en als zodanig staat ingeschreven in het register der apothekers.

###### 1.4 AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

###### 1.5 Bekkentherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkentherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

###### 1.6 Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven in het betreffende register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbo-dienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

###### 1.7 Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

###### 1.8 CTG/Zorgautoriteit i.o.

Het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting.

###### 1.9 Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur in een instelling die conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

###### 1.10 Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatie code, door het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit i.o. vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling.

Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt

afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

#### **1.11 Diëtist**

Een diëtist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

#### **1.12 Ergotherapeut**

Een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

#### **1.13 EU- en EER-staat**

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden.

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

#### **1.14 Farmaceutische zorg**

De aflevering van de bij of krachtens het Besluit Zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde reglement.

#### **1.15 Fysiotherapeut**

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

#### **1.16 Gecontracteerde zorg**

De zorg die de zorgverzekeraar op basis van de Zorgverzekeringswet verplicht is op basis van een tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gesloten overeenkomst te verlenen dan wel te vergoeden.

#### **1.17 Herstel bevorderend**

Het doel van verpleging, onderzoek of behandeling moet gericht zijn op herstel.

#### **1.18 Huisarts**

Een arts die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

#### **1.19 Huidtherapeut**

Een in Nederland gevestigde huidtherapeut met het diploma Huidtherapie van de Stichting Opleiding Huidtherapie, de Hogeschool Utrecht of de Hogeschool van Eindhoven.

#### **1.20 Hulpmiddelenzorg**

De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde Reglement Hulpmiddelen inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

#### **1.21 Kaakchirurg**

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

#### **1.22 Kinderfysiotherapeut**

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

#### **1.23 Kraamcentrum**

Een instelling, conform bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling.

#### **1.24 Kraamzorg**

De zorg verleent door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum, of kraamhotel verbonden kraamverzorgster of kraamverzorgende, die zowel moeder en kind en - voor zover van toepassing - de huishouding verzorgt.

#### **1.25 Laboratoriumonderzoek**

Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat volgens bij wet gestelde regels als zodanig is toegelaten.

#### **1.26 Logopedist**

Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

#### **1.27 Manueel therapeut**

Een 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 Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

#### **1.28 Medisch adviseur**

De arts, die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

#### **1.29 Medisch-specialist**

Een arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

#### **1.30 Mondhygiënist**

Een vrijgevestigd mondhygiënist die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied mondhygiënist".

#### **1.31 Oedeemtherapeut**

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

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

Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

#### **1.33 Opname**

Opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een medisch-specialist noodzakelijk moet zijn.

#### **1.34 Orthodontist**

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthodontie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

#### **1.35 Orthopedagoog**

Een in Nederland gevestigde orthopedagoog die is ingeschreven in het beroepsbekwaamheidsregister van de Nederlandse Vereniging van pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO).

#### **1.36 Podotherapeut**

Een podotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

**1.37 Psycholoog**

Een in Nederland gevestigde psycholoog, die is ingeschreven in het Register van de psychologen bij het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) of Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE).

**1.38 Rechtsbijstand**

De rechtsbijstand wordt verleend door de N.V. DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij te Amsterdam.

**1.39 Schoonheidsspecialist**

Een in Nederland gevestigde schoonheidsspecialist met het diploma Schoonheidsverzorging-B.

**1.40 SOS International**

BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International, Hoogoorddreef 58, 1101 BE Amsterdam. Telefoon (020) 651 51 51, fax (020) 651 51 09.

**1.41 Tandarts**

Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

**1.42 Tandprotheticus**

Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

**1.43 Verdragsland**

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, niet zijnde lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische ruimte, of Zwitserland.

**1.44 Verloskundige**

Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

**1.45 Verzekerde**

Ieder die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

**1.46 Verzekeringnemer**

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

**1.47 Wet BIG**

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

**1.48 Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)**

Een centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

**1.49 Ziekenhuis**

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten. Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlandse Astma Centrum Davos.

**1.50 Zorgverzekeraar**

Fortis Aanvullende Ziektekostenverzekeringen NV.

**Artikel 2 Prestatiewijze en dekking****2.1 Woonland**

Deze zorgpolis kan door of ten behoeve van elke verzekeringsplichtige in Nederland alsmede in buitenland woonachtige verzekeringsplichtige worden afgesloten.

**2.2 Aanvullend op ziektekostenverzekering**

Deze verzekering verleent een aanvullende verstrekking of vergoeding op een ziektekostenverzekering op basis van de Zorgverzekeringswet. Er wordt pas vergoeding verleend als de kosten op de ziektekostenverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen. Kosten die onder het eigen risico van de ziektekostenverzekering vallen, worden niet aanvullend uitgekeerd op deze aanvullende verzekering.

**2.3 Maximale vergoeding**

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- indien en voorzover geen (maximum-)tarief, op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

**2.4 Medische grondslag**

De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

**2.5 Overname incasso zorgverlener**

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

**Artikel 3 Overzicht van vergoedingen****3.1 Abortus****3.1.1 Medische kosten van abortus.**

Vergoeding:  
Volledig.

**Voorwaarden:**

De ingreep dient te worden uitgevoerd door een medisch-specialist in een ziekenhuis of in een in Nederland gevestigde door de overheid erkende kliniek die speciaal voor de bovengenoemde behandeling is ingericht.

**3.2 Acnebehandeling****3.2.1 Behandeling van acne.**

Vergoeding:  
Tot € 250,- per verzekerde per kalenderjaar.

**Voorwaarden:**

Er dient sprake te zijn van ernstige vormen van acne in het gelaat en/of hals.

Op voorschrift van de huisarts of specialist. De behandeling dient te worden uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e).

**3.3 Alternatieve geneeswijze****3.3.1 Onderzoek en behandeling door een alternatieve genezer alsmede alternatieve geneesmiddelen.**

Vergoeding:  
Tot € 1.500,- per verzekerde per kalenderjaar.

**Voorwaarden:**

Alternatieve geneesmiddelen dienen te worden geleverd door een apotheek of alternatieve genezer.

### 3.4 Anticonceptiva

#### 3.4.1 Anticonceptiva.

Vergoeding:  
Volledig, met uitzondering van condooms.

Voorwaarden:  
Verzekerde dient een leeftijd te hebben van 21 jaar of ouder. De anticonceptiva dienen te worden geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

### 3.5 Astma therapeutisch kamp

#### 3.5.1 Verblijf in een therapeutisch kamp.

Vergoeding:  
Volledig.

Voorwaarden:  
Verzekerde dient astmatisch en jonger dan 21 jaar te zijn. Op voorschrift van een medisch specialist.

### 3.6 Bevalling en kraamzorg (eigen bijdrage)

3.6.1 Eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel de vrouwelijke verzekerde als haar kind bij verblijf in een ziekenhuis of kraamcentrum zonder medische noodzaak.

Vergoeding:  
Tot: € 14, - per opnamedag.

3.6.2 Eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel de vrouwelijke verzekerde als haar kind bij verblijf thuis.

Vergoeding:  
€ 3,50 per uur verleende zorg.

### 3.7 Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood

3.7.1 Huur of bruikleen van bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood.

Vergoeding:  
Volledig.

Voorwaarden:  
Op voorschrift van een kinderarts. Bewakingsapparatuur dient vooraf bij de afdeling Managed Care te worden aangevraagd.

### 3.8 Brillen en Contactlenzen

Verzekerde kan per 36 maanden aanspraak maken op de vergoedingen genoemd in artikel 3.8.1 of artikel 3.8.2.

3.8.1 Enkelvoudige glazen (incl. montuur) of contactlenzen.

Vergoeding:  
Tot € 200,- per verzekerde per 36 maanden.

Voorwaarden:  
Vanaf 1,5 of meer dioptrieën.  
Er dient in de 60 maanden voorafgaand aan de aanschaf van enkelvoudige glazen of contactlenzen geen laserbehandeling of lensimplantatie als bedoeld in artikel 3.24 te hebben plaatsgevonden.

3.8.2 Multifocale/varifocus glazen (incl. montuur) of contactlenzen.

Vergoeding:  
Tot € 400,- per verzekerde per 36 maanden.

Voorwaarden:  
Vanaf 1,5 of meer dioptrieën.  
Er dient in de 60 maanden voorafgaand aan de aanschaf van multifocale/varifocus glazen (incl. montuur) of contactlenzen geen laserbehandeling of lensimplantatie als bedoeld in artikel 3.24 te hebben plaatsgevonden.

Toelichting:  
De periode van 36 maanden vangt aan op de leverdatum van de eerste aanschaf van de brillenglazen of contactlenzen die door de zorgverzekeraar zijn vergoed.

Onder contactlenzen worden verstaan dag -, week-, maand- of vaste contactlenzen die door een opticien verstrekt zijn.

### 3.9 Buitenland

#### 3.9.1 Tijdens tijdelijk verblijf

3.9.1.1 De zorgkosten die de vergoeding op grond van een ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet te boven gaan.

Vergoeding:  
- Volledig voor zorg in een EU, EER of verdragsland.  
- Tot 2 maal het Nederlandse tarief voor zorg in de rest van de wereld.

Voorwaarden:  
De zorg dient plaats te vinden tijdens tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland en slechts bij acute ziekte of ongeval. De zorg dient niet het doel van de reis naar het buitenland vormen. Bij spoedeisende zorg is verzekerde verplicht direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International.

Toelichting:  
Het Nederlandse tarief is het op dat moment op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend.

Als er geen tarief op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief is vastgesteld, geldt het in Nederland geldende marktconforme bedrag als het Nederlandse tarief.

#### 3.9.2 Woonachtig in het buitenland

3.9.2.1 De zorgkosten die de vergoeding op grond van een ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet te boven gaan.

Vergoeding:  
Volledig.

Voorwaarden:  
De zorg dient plaats te vinden in het woonland.

3.9.2.2 De zorgkosten die volgens deze aanvullende verzekering voor vergoeding in aanmerking komen als de behandeling had plaatsgevonden in Nederland.

Vergoeding:  
Volledig.

Voorwaarden:  
De zorg dient plaats te vinden in het woonland.

**Toelichting:**

Het woonland is het land dat lid is van de EU of EER dan wel aangemerkt wordt als Verdragsland.

**3.9.3 Repatriëring**

3.9.3.1 Vervoer (inclusief de noodzakelijke medische begeleiding en begeleiding door een gezinslid van de betreffende zieke verzekerde) per ziekenauto of ambulancevliegtuig naar het woonland.

Vergoeding:  
Volledig

**Voorwaarden:**

Verzekerde dient direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International.

Slechts in geval van acute ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel van verzekerde bestaat er recht op repatriëring.

De verzekerde dient medewerking te verlenen aan het verkrijgen van een schriftelijke verklaring van de behandelend arts waaruit blijkt dat vervoer verantwoord is en dat de gekozen wijze van vervoer alsmede de vorm van eventuele medische begeleiding noodzakelijk is. Voor vervoer per ambulancevliegtuig geldt bovendien dat de repatriëring het redden van het leven en/of het voorkomen of verminderen van de te verwachten invaliditeit van verzekerde moet beogen. Repatriëring dient plaats te vinden naar het woonland.

3.9.3.2 Vervoer van het stoffelijk overschot, begrafenis of crematie ter plaatse.

Vergoeding:  
Tot € 10.000,-

**Voorwaarden:**

De nabestaanden dienen direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International.

Vervoer van het stoffelijk overschot dient plaats te vinden naar de woonplaats in het op het polisblad vermelde woonland.

**Toelichting:**

Ingeval van overlijden van verzekerde bestaat recht op vergoeding van de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot naar een plaats in het woonland, waaronder de kosten van de voor het vervoer noodzakelijke kist. Er kan ook gekozen worden voor vergoeding van de begrafenis of crematie ter plaatse.

Er bestaat geen recht op hulpverlening en vergoeding van kosten, indien de reis naar het buitenland tot doel had een medisch behandeling te ondergaan.

**3.9.4 SOS Hulpverlening**

Er bestaat tijdens tijdelijk verblijf recht op hulpverlening door SOS International. Een team van Nederlandse verpleegkundigen is telefonisch bereikbaar voor allerlei vragen op medisch gebied en kunnen verzekerde van advies voorzien. Als medische hulp noodzakelijk is, kunnen zij u doorverwijzen naar een betrouwbare zorginstelling in de buurt van uw verblijf. Telefoon: 0031 (0)20 651 51 51.

**3.9.5 Betaalwijze**

Uitkering vindt plaats in Nederland in een Nederlands wettig betaalmiddel tegen de omrekenkoers op de dag dat de zorgverzekeraar de uitkering vaststelt.

**3.10 Camouflagetherapie**

3.10.1 Camouflagelessen en de daarvoor benodigde middelen.

Vergoeding:  
Volledig.

**Voorwaarden:**

In geval van een ernstige huidafwijking in het gelaat en/of hals.

Op voorschrift van de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

De behandeling dient te worden uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

**3.11 Cursussen**

3.11.1 Cursussen gegeven door een thuiszorgorganisatie of patiëntenvereniging.

Vergoeding:  
Volledig.

**Voorwaarden:**

Cursussen dienen te worden gegeven door een thuiszorgorganisatie of een patiëntenvereniging die is aangesloten bij een landelijk of regionaal Patiënten en Consumenten Platform.

De zorgverzekeraar dient bij declaratie in het bezit te worden gesteld van een bewijs van deelname aan cursussen.

**3.12 Dieetadvisering**

3.12.1 Dieetadvies door een diëtist

Vergoeding:  
Volledig, vanaf het vijfde behandeluur.

**Voorwaarden:**

Op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts, tandarts of medisch specialist.

**Toelichting:**

Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist(e) met een geneeskundig doel.

De eerste vier behandeluren worden vergoed op een op grond van de Zorgverzekeringswet afgesloten Ziektekostenverzekering.

**3.13 Dyslexie**

3.13.1 Onderzoek, consulten en behandelingen.

Vergoeding:  
Tot maximaal € 1.000,- per verzekerde, gedurende de gehele looptijd van de verzekering.

**Voorwaarden:**

De behandeling dient te worden uitgevoerd door een orthopedagoog, psycholoog of logopedist.

**3.14 Epilatie**

3.14.1 Epilatie

Vergoeding:  
Tot € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

**Voorwaarden:**

Er dient sprake te zijn van overmatige haargroei op ongebruikelijke plaatsen in het gelaat of hals van een verzekerde van het vrouwelijk geslacht. Op voorschrift van de behandelend arts en uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e).

**3.15 Ergotherapie**

**3.15.1 Ergotherapie**

**Vergoeding:**

Volledig vanaf het elfde behandeluur

**Toelichting:**

De eerste tien behandeluren worden vergoed op een Ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet.

Ergotherapie omvat advisering, instructie, training of behandeling te verlenen door een erkend ergotherapeut in zijn huispraktijk of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

**3.16 Fertiliteitbevorderende behandelingen (IVF)**

**3.16.1 Eerste poging "In-VitroFertilisatie".**

**Vergoeding:**

Volledig

**Voorwaarden:**

Bij een algemeen geaccepteerde medische indicatie. Op voorschrift van de behandelend arts en uitgevoerd in een vergunninghoudend ziekenhuis.

**Toelichting:**

De tweede en derde poging IVF worden vergoed op een ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet.

**3.17 Farmaceutische zorg (geneesmiddelen)**

**3.17.1 Eigen bijdragen op geneesmiddelen waarvoor een vergoedingslimiet geldt zoals omschreven in het Reglement Farmaceutische Zorg.**

**Vergoeding:**

Volledig.

**Voorwaarden:**

Het geneesmiddel dient voor vergoeding in aanmerking te komen op een Ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet.

**3.17.2 Geregistreerde geneesmiddelen die niet zijn aangewezen door de overheid in het Reglement Farmaceutische Zorg met uitzondering van vergoedingen omschreven in artikel 3.3 en 3.4 van deze polis.**

**Vergoeding:**

Tot € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

**Voorwaarden:**

Op voorschrift van huisarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch specialist of verloskundige. Geleverd door apotheek of apotheekhoudend huisarts

**3.18 Fysiotherapie en oefentherapie**

**3.18.1 Behandeling door een gecontracteerde zorgverlener.**

**Vergoeding:**

Volledig.

**Voorwaarden:**

Behandelingen worden uitgevoerd door een met de zorgverzekeraar gecontracteerde (kinder)fysiotherapeut, bekkentherapeut, oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck, oedeemtherapeut of manueel therapeut.

**Toelichting:**

Bij een chronische aandoening zoals omschreven in de Regeling zorgverzekering komen de kosten vanaf de 10<sup>e</sup> behandeling op een Ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet voor vergoeding in aanmerking.

**3.18.2 Behandelingen door een niet gecontracteerde zorgverlener.**

**Vergoeding:**

Tot € 20,50 per behandeling.

**Voorwaarden:**

Behandelingen worden uitgevoerd door een (kinder)fysiotherapeut, bekkentherapeut, oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck, oedeemtherapeut of manueel therapeut.

**Toelichting:**

Bij een chronische aandoening zoals omschreven in de Regeling zorgverzekering komen de kosten vanaf de 10<sup>e</sup> behandeling op een Ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet voor vergoeding in aanmerking.

**3.19 Herstellingsoord**

**3.19.1 Verblijf in een herstellingsoord voor somatische ziekten.**

**Vergoeding:**

75% tot maximaal € 1.500,- per verzekerde per kalenderjaar.

**Voorwaarden:**

Op voorschrift van de behandelend arts.

**3.20 Hulpmiddelen**

**3.20.1 Eigen bijdrage voor aanschaf, herstel en correctie van hulpmiddelen.**

**Vergoeding:**

Volledig.

**Voorwaarden:**

Het hulpmiddel dient te zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar.

**3.20.2 Kosten boven maximale vergoeding op grond van een ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet.**

**Vergoeding:**

- Volledig voor verzekerde tot 18 jaar.  
- Tot € 500,- per verzekerde per kalenderjaar voor verzekerde vanaf 18 jaar.

**Voorwaarden:**

Er dient sprake te zijn van kosten boven de maximale vergoeding op aanschaf, herstel en correctie van hulpmiddelen als omschreven in het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar zoals die geldt voor



een Ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet.

### 3.21 Kinderopvang bij opname ouders

3.21.1 Kinderopvang bij ziekenhuisopname van een van de verzekerde ouders of verzorgers.

Vergoeding:  
Tot 30 dagen per kalenderjaar à € 15,- per dag.

Voorwaarden:  
In geval van ziekenhuisopname van één van de bij de zorgverzekeraar verzekerde ouders of verzorgers. Voor opvang van bij de zorgverzekeraar verzekerde kinderen tot en met het kalenderjaar waarin de twaalfjarige leeftijd wordt bereikt.

### 3.22 Kraamcadeau

3.22.1 Kraamcadeau verstrekt door de zorgverzekeraar.

Vergoeding:  
De vrouwelijk verzekerde ontvangt van de zorgverzekeraar een kraamcadeau ten behoeve van de bevalling. Deze dient vooraf bij de afdeling Managed Care te worden aangevraagd

Voorwaarden:  
De verzekerde dient in de periode gelegen tussen de 5e en 7e maand van de zwangerschap verzekerd te zijn bij de zorgverzekeraar.

### 3.23 Kuurreizen

3.23.1 Kuurreizen.

Vergoeding:  
Tot € 1.000,- per verzekerde per jaar, met uitzondering van de reiskosten van en naar het vliegveld.

Voorwaarden:  
Verzekerde dient te lijden aan ziekten van het bewegingsapparaat, zoals onder meer de ziekte van Bechterew, arthrosis, reumatische aandoeningen e.d. Er is vooraf toestemming van de zorgverzekeraar vereist. De reis dient te worden georganiseerd door de Stichting Interkuur.

### 3.24 Laserbehandeling of lensimplantatie van de ogen

3.24.1 Een laserbehandeling of lensimplantatie van de ogen ter correctie van de visus inclusief de kosten van het vooronderzoek.

Vergoeding:  
Tot € 1.250,- per verzekerde per 60 maanden voor beide ogen.

Voorwaarden:  
Slechts bij een afwijking van vier of meer dioptrieën per oog. De behandeling dient te worden uitgevoerd door een oogarts.

### 3.25 Lidmaatschap Patiëntenvereniging

3.25.1 Contributie van een patiëntenvereniging

Vergoeding:  
Volledig.

Voorwaarden:

De patiëntenvereniging dient te zijn aangesloten bij een landelijk of regionaal Patiënten - en Consumentenplatform.

### 3.26 Logeerhuis bij opname

3.26.1 Verschuldigde eigen bijdrage van verblijf van de ouders of partner in een Ronald McDonaldhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeerhuis.

Vergoeding:  
Volledig.

Voorwaarden:  
De opname betreft een bij de zorgverzekeraar verzekerd gezinslid van de ouders of partner.

### 3.27 Lymfedrainage/oedeemtherapie

3.27.1 Behandeling van lymfedrainage/oedeemtherapie

Vergoeding:  
Volledig.

Voorwaarden:  
Op verwijzing van een arts. Uitgevoerd door een huidtherapeut.

### 3.28 Orthodontie

3.28.1 Orthodontische behandeling.

Vergoeding:  
Volledig indien en voorzover de behandeling op grond van een ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet niet voor vergoeding in aanmerking komt.

Voorwaarden:  
De behandeling dient te worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.

### 3.29 Orthoptie

3.29.1 Orthoptische behandeling.

Vergoeding:  
Volledig.

Voorwaarden:  
Uitgevoerd door een orthoptist.

### 3.30 Plaswekker

3.30.1 Aanschaf van een plaswekker en toebehoren.

Vergoeding:  
Volledig.

Voorwaarden:  
Op voorschrift van de behandelend arts.

### 3.31 Podotherapie

3.31.1 Podotherapeutische behandeling.

Vergoeding:  
Volledig.

Voorwaarden:  
Uitgevoerd door een podotherapeut.

### 3.32 Preventieve geneeskunde

3.32.1 Preventieve onderzoeken naar hart - en bloedvaten, baarmoederhalskanker, borstkanker, prostaatkanker en cholesterol.

Vergoeding:  
Volledig, tot het in Nederland geldende wettelijk vastgestelde tarief.

Voorwaarden:  
Onderzoeken dienen te worden uitgevoerd door een medisch specialist in een Nederlands ziekenhuis of door een huisarts.

3.32.2 Kosten van de preventieve vaccinaties voor griep, hondsdolheid, rode hond, tetanus, hepatitis – B.

Vergoeding:  
Volledig.

3.32.3 Kosten van die vaccinaties en preventieve geneesmiddelen die nodig zijn conform de adviezen van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesering (LCR) ter bescherming of voorkoming van ziektes ten gevolge van een tijdelijk verblijf in het buitenland.

Vergoeding:  
Volledig.

Toelichting:  
Meer informatie vindt u op [www.LCR.nl](http://www.LCR.nl).

3.32.4 Overige preventieve onderzoeken

Vergoeding:  
Tot € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

### 3.33 Psoriasis - dagbehandeling

3.33.1 Behandeling van psoriasis door middel van een dagbehandeling.

Vergoeding:  
Tot € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:  
De behandeling dient plaats te vinden in één van de in Nederland erkende centra voor psoriasisdagbehandeling. Op voorschrift van de behandelend arts.

### 3.34 Psychologische hulp

3.34.1 Psychologische hulp door een gecontracteerde psycholoog.

Vergoeding:  
Volledig.

Voorwaarden:  
Behandeling dient te worden uitgevoerd door een eerstelijns psycholoog.  
Verzekerde dient 18 jaar of ouder te zijn. Behandelingen dienen vooraf bij de afdeling Managed Care te worden aangevraagd.

3.34.2 Psychologische hulp door een niet gecontracteerde psycholoog.

Vergoeding:  
Tot € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:  
Behandeling dient te worden uitgevoerd door een eerstelijns psycholoog.

Toelichting:  
Eerstelijns psychologische hulp betreft een kortdurende behandeling van de klachten. Over het algemeen wordt gestreefd het aantal behandelingen te beperken tot 10 gesprekken.

### 3.35 Rechtsbijstand bij schade door medische onregelmatigheden

3.35.1 Rechtsbijstand door de N.V. DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringsmaatschappij te Amsterdam.

Vergoeding:  
- Volledig voor rechtsbijstand.  
- Tot maximaal € 12.500,- per schadegeval voor de noodzakelijke gebleken inschakeling van externe deskundigen.

Voorwaarden:  
Bij verhaal van een door verzekerde geleden schade op de daarvoor aansprakelijke (rechts)persoon. Schade is het gevolg van een consult, behandeling, verrichting, verstrekking of voorziening binnen Europa, waarvan de kosten krachtens een zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. De aanspraak op rechtsbijstand vervalt bij melding van een schade later dan 1 jaar na beëindiging van deze verzekering. Indien u gebruik wilt maken van de diensten van de N.V. DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringsmaatschappij dient u contact op te nemen met de zorgverzekeraar.

Toelichting:  
De Algemene Voorwaarden voor de Rechtsbijstandverzekering zijn bij de zorgverzekeraar opvraagbaar.

### 3.36 Refertilisatie

3.36.1 Ongedaan maken van een sterilisatie.

Vergoeding:  
Volledig.

Voorwaarden:  
De behandeling dient te worden uitgevoerd in een ziekenhuis.

### 3.37 Second opinion

3.37.1 Raadplegen van een andere arts dan de behandelend arts over een door de behandelend arts voorgestelde behandeling.

Vergoeding:  
Volledig.

### 3.38 Sportkeuringen en blessureconsulten

3.38.1 Sportkeuring of blessureconsult.

Vergoeding:  
Volledig.

Voorwaarden:  
De keuring of het consult dient te worden uitgevoerd in een Sport Medisch Adviescentrum. (SMA)

### 3.39 Sterilisatie

#### 3.39.1 Sterilisatie.

Vergoeding:  
Volledig.

Voorwaarden:  
De behandeling dient te worden uitgevoerd in een ziekenhuis of door de zorgverzekeraar gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum.

### 3.40 Steunzolen

#### 3.40.1 Steunzolen.

Vergoeding:  
Volledig voor één paar steunzolen per kalenderjaar.

Voorwaarden:  
Op voorschrift van behandelend arts of podotherapeut.

### 3.41 Stottertherapie

#### 3.41.1 Behandeling van stotteren door middel van stottertherapie.

Vergoeding:  
Tot € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden  
Er dient volgens de Del Ferro methode, de Hausdorfer methode of de BOMA methode stottertherapie wordt gegeven.

Toelichting:  
De kosten van verblijf komen voor eigen rekening.

### 3.42 Tandartskosten voor verzekerde tot 18 jaar

#### 3.42.1 Tandartskosten voor verzekerde tot 18 jaar.

Vergoeding:  
Volledig voor tandheelkundige hulp of eigen bijdragen op de reguliere tandheelkundige hulp voor verzekerde tot 18 jaar die niet vergoed worden op een Ziekttekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet. Vergoeding van orthodontie vindt plaats op basis van artikel 3.28

Voorwaarden:  
Uitgevoerd door een tandarts of mondhygiëniste.

### 3.43 Wondverzorging

#### 3.43.1 Zelfzorgmiddelen voor wondverzorging.

Vergoeding:  
€ 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:  
De middelen dienen geleverd te zijn door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

### 3.44 Ziekenvervoer (eigen bijdragen)

#### 3.44.1 Eigen bijdragen voor zittend ziekenvervoer.

Vergoeding:  
Volledig.

Voorwaarden:

Er dient sprake te zijn van zittend ziekenvervoer dat vergoed wordt op grond van een Ziekttekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet.

### Artikel 4 Uitsluitingen:

Geen vergoeding wordt verleend voor:

#### 4.1 Na-u-clausule

de kosten die gedekt zijn onder een andere (speciale) verzekering, al dan niet van oudere datum, of onder een andere verzekering gedekt zouden zijn indien onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan;

#### 4.2 Samenloop

zover door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt krachtens:

- een wettelijk geregelde verzekering;
- regeling van overheidswege;
- enigerlei subsidieregeling;
- of een andere overeenkomst.

In een dergelijk geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig en zullen alleen de kosten voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaan waarop de verzekeringnemer of de verzekerde elders aanspraak zou kunnen doen gelden;

#### 4.3 AWBZ

verstrekkingen krachtens de AWBZ waarop verzekerden op grond van die wet geen recht hebben. Tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen hebben niet-ingezetenen geen recht op vergoeding van kosten welke voor Nederlands ingezetenen voor rekening van de AWBZ zouden komen;

#### 4.4 Eigen bijdrage AWBZ

eigen bijdragen krachtens de AWBZ en eigen bijdragen bij bevolkingsonderzoeken;

#### 4.5 Niet nagekomen afspraak

declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;

#### 4.6 Keuringen en attesten

de kosten van keuringen en het afgeven van attesten, uitgezonderd het bepaalde in artikel 3.32;

#### 4.7 Celtherapie

de kosten van celtherapie;

#### 4.8 Dekking

de kosten welke zijn gemaakt in de periode dat deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van behandeling bepalend is;

#### 4.9 Molest

Kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf; -indien de schade is veroorzaakt door terrorisme is de dekking gelimiteerd tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar binnen de aanspraak op schadevergoeding ontvangt van de NHT (Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade) zie clausule terrorismedekking;

#### 4.10 Atoomkernreacties

Kosten welke zijn veroorzaakt door of verband houden met atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;

4.10.1 De uitsluiting onder 4.10 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979, 225).

4.10.2 Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 4.10.1 geen toepassing;

#### **Artikel 5 Diensten Managed Care**

De verzekerde kan voor zorgbemiddeling terecht bij de ervaren verpleegkundigen van de afdeling Managed Care. Zorgbemiddeling houdt in dat wij actief op zoek gaan om binnen redelijke termijn de beste zorg voor de verzekerde te vinden. Verder kan verzekerde terecht voor onder meer: het organiseren van hulpmiddelen, advisering over kraamzorg en algemene informatie over gezondheid, ziekte en preventie. De afdeling Managed Care is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer (033) 464 28 81 en per mail via managed.care@nl.fortis.com.

#### **Artikel 6 Algemeen**

##### **6.1 Grondslag van de verzekering**

Aan deze overeenkomst liggen ten grondslag de in het aanvraagformulier en voor zover van toepassing de gezondheidsverklaring verstrekte opgaven en inlichtingen door de verzekeringsnemer aan de maatschappij, alsmede - indien medische keuring heeft plaatsgevonden - de bij die keuring door verzekeringsnemer en/of verzekerde verstrekte gegevens.

Verzekeringnemer is verplicht de gestelde vragen in voornoemde opgaven en verklaringen zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor feiten en omstandigheden die betrekking hebben op een bij het sluiten van deze verzekering bekende derde, wiens belangen worden meeverzekerd en die de leeftijd van zestien jaar heeft bereikt.

Feiten en omstandigheden die verzekeringnemer kent of behoort te kennen nadat verzekeringnemer deze aanvraag heeft ingezonden, maar voordat de zorgverzekeraar heeft bericht over zijn definitieve beslissing het door u ter verzekering aangeboden risico al dan niet te verzekeren, dient verzekeringnemer alsnog aan de zorgverzekeraar mede te delen indien deze vallen onder de vraagstelling in voornoemde opgaven en verklaringen.

Indien verzekerde niet of niet volledig aan zijn mededelingsplicht heeft voldaan, kan zulks ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalft. Indien verzekerde met opzet tot misleiden van de zorgverzekeraar heeft gehandeld of deze bij kennis omtrent de ware stand van zaken de verzekering nimmer zou hebben gesloten, heeft hij tevens het recht de verzekering op te zeggen.

##### **6.2 Begin en einde van de vergoeding**

Indien op grond van de eerdere bepalingen in deze voorwaarden recht bestaat op vergoeding van gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover de zorg is genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

##### **6.3 Registratie van de persoonsgegevens**

De bij de aanvraag van deze verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de zorgverzekeraar gevoerde persoonsregistratie. De verwerking van deze gegevens geschiedt vertrouwelijk en overeenkomstig de voorschriften van de Wet Bescherming Persoonsgegevens.

##### **6.4 Machtiging**

Een door de zorgverzekeraar afgegeven machtiging geldt niet langer dan de looptijd van de verzekering en is afgegeven onder voorbehoud van wijziging in wet en regelgeving.

##### **6.5 Kennisgeving**

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan het laatst bekende adres of aan het adres van degene door wiens bemiddeling de verzekering loopt, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

##### **6.6 Aanvullende verzekering kinderen.**

De verzekerde die de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt is slechts aanvullend verzekerd indien en voorzover de ouders van verzekerde aanvullend bij de zorgverzekeraar verzekerd zijn.

#### **Artikel 7 premie**

##### **7.1 Premie verschuldigd**

Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd

##### **7.2 Leeftijdsbepaling**

Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

##### **7.3 Premierestitutie**

Behalve bij opzegging wegens opzet de zorgverzekeraar te misleiden, wordt bij tussentijdse opzegging de lopende premie naar billijkheid verminderd.

#### **Artikel 8 Premiebetaling en schorsing**

##### **8.1 Premiebetaling**

De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen.

Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren.

Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

##### **8.2 Schorsing**

Indien de verzekeringnemer de verschuldigde premie niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn.

Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de schorsing is de

zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

### 8.3 Opschorting bij detentie

De verzekering wordt van rechtswege opgeschort gedurende de periode dat een verzekerde gedetineerd is. Zodra de detentie eindigt, herleven de rechten en plichten weer.

## Artikel 9 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde

### 9.1 Schademeldingsplicht

Zodra verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde op de hoogte is of behoort te zijn van een gebeurtenis die voor zorgverzekeraar tot een uitkeringsplicht kan leiden, is hij verplicht die gebeurtenis zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is aan zorgverzekeraar te melden.

### 9.2 Schade-informatieplicht

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn aan zorgverzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die voor zorgverzekeraar van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.

### 9.3 Medewerkingsplicht

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht hun volle medewerking te verlenen en alles na te laten wat de belangen van zorgverzekeraar zou kunnen benadelen.

### 9.4 Originele nota's

De verzekeringnemer/verzekerde dient de originele nota's binnen drie jaren gerekend vanaf de factuurdatum, bij de zorgverzekeraar in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn.

### 9.5 Belangen van de zorgverzekeraar

Aan deze verzekering kunnen geen rechten worden ontleend indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een of meer van bovenstaande polisverplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van zorgverzekeraar heeft benadeeld. Elk recht op uitkering komt te vervallen, indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde de hiervoor genoemde verplichtingen niet is nagekomen met de opzet de zorgverzekeraar te misleiden, tenzij de misleiding het verval van recht niet rechtvaardigt.

## Artikel 10 Declaraties en schorsing

### 10.1 Rechtstreeks betaalde declaraties

De zorgverzekeraar heeft het recht om declaraties van zorgverleners, die bij de zorgverzekeraar zijn ingediend door de zorgverlener, rechtstreeks te voldoen aan de zorgverlener. Verzekeringnemer heeft recht op een specificatie van de betaalde bedragen door middel van een uitkeringsbrief.

### 10.2 Verschuldigde bedragen

De in het vorige lid 1 genoemde declaratie zal door de zorgverzekeraar volledig aan de zorgverlener betaald worden, ook al komt de declaratie niet volledig voor vergoeding in aanmerking, door bijvoorbeeld een openstaand eigen risico of een beperkte vergoedingsregeling. Verzekeringnemer dient het eigen risico of vergoeding(en), voorzover deze boven de

beperkte vergoedingsregeling uitkomen, te voldoen aan de zorgverzekeraar.

### 10.3 Vordering in het algemeen

De in het vorige lid 2 omschreven bedragen zijn verschuldigd zodra verzekeringnemer de verzamelnota heeft ontvangen. De verzamelnota bevat een overzicht van de verschillende uitkeringsbrieven, waarin de verschuldigde bedragen zijn opgenomen. De verzekeringnemer dient de verschuldigde bedragen aan de zorgverzekeraar, binnen de in de verzamelnota genoemde termijn, te voldoen. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

### 10.4 Schorsing

Indien verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de verzamelnota genoemde termijn betaalt, volgt na de verzamelnota nog een aanmaning. Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn. Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de schorsing is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

## Artikel 11 Regres

De verzekeringnemer of verzekerde is verplicht:

- de zorgverzekeraar inlichtingen te verschaffen en medewerking te verlenen bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- alvorens met een derde, of degene die voor of namens de derde optreedt - daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde - een regeling treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, contact op te nemen met de zorgverzekeraar.

In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling te treffen, waaronder mede begrepen het verlenen van kwijting, waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten zou worden benadeeld.

Indien verzekerde geheel of gedeeltelijk niet voldoet aan het in dit artikel bepaalde is hij tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de kant van de zorgverzekeraar geleden schade.

## Artikel 12 Fraude

### 12.1 Definitie

Fraude is het opzettelijk onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van vergoeding van de zorgverzekeraar. Tevens omvat fraude het met opzet misleiden van de zorgverzekeraar met als doel het afsluiten van een verzekeringsovereenkomst die de zorgverzekeraar bij juiste kennis van zaken niet of onder andere voorwaarden zou hebben gesloten.

## 12.2 Vervallen rechten

Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op vergoeding vervalt indien de verzekeringnemer en/ of verzekerde en/ of een bij de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan met betrekking van een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor de zorgverzekeraar bij de beoordeling van de ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor het hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/ of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

## 12.3 Aangifte

Als er sprake is van fraude als bedoeld in lid 1 van dit artikel, kan dit tot gevolg hebben dat de zorgverzekeraar aangifte doet bij de politie.

## 12.4 Einde overeenkomst

De zorgverzekeraar heeft het recht de overeenkomst, in geval van fraude te beëindigen.

## 12.5 Registratie fraude

De zorgverzekeraar kan registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen.

## 12.6 Vordering

Als er sprake is van fraude, als bedoeld in lid 1 van dit artikel, heeft de zorgverzekeraar het recht tot terugvordering van de uitgekeerde vergoeding en gemaakte kosten.

## Artikel 13 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

### 13.1 Kennisgeving

De verzekeringnemer is verplicht binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d.

### 13.2 Bereiken van de achttienjarige leeftijd door een verzekerde

De zorgverzekeraar benadert de verzekerde dan wel zijn of haar verzekeringnemer tenminste 6 weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt met de vraag voor welk aanvullende verzekering wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie. Als de verzekeringnemer dan wel de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan de zorgverzekeraar kenbaar maakt binnen de in de mededeling genoemde termijn wordt een premie berekend, overeenkomend met de bestaande aanvullende verzekering.

## Artikel 14 Herziening van premie of voorwaarden

### 14.1 Herziening

De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende zorgpolissen en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum. De zorgverzekeraar doet van de voorgenomen herziening schriftelijk mededeling, eventueel op de premiekwitanties.

### 14.2 Verstrijken termijn beëindigen overeenkomst

Heeft de zorgverzekeraar binnen 30 dagen na de in het eerste lid genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de

verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

## Artikel 15 Duur van de verzekering

### 15.1 Begin van de verzekering

De verzekering gaat in op de datum dat de zorgverzekeraar het verzoek daartoe alsmede de aanduiding van de variant waarvoor verzekerde kiest, heeft ontvangen. De ingangsdatum wordt op het polisblad vermeld.

### 15.2 Looptijd

Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

### 15.3 Einde van de verzekering

**15.3.1** Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens schriftelijke opzegging door de zorgverzekeraar in navolgende gevallen:

**15.3.1.1** Indien verzekeringnemer de verschuldigde premie of de verschuldigde bedragen als bedoeld in artikel 8.1, niet tijdig betaalt of weigert te betalen, heeft de zorgverzekeraar het recht de verzekering, met inachtneming van de procedure als bedoeld in artikel 8.2 schorsing, te beëindigen;

**15.3.1.2** Indien binnen twee maanden na de ontdekking dat verzekeringnemer fraude heeft gepleegd, als bedoeld in artikel 12.1, of de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen en verzekeringnemer daarbij heeft gehandeld met de opzet de zorgverzekeraar te misleiden dan wel de zorgverzekeraar de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum.

**15.3.2** De verzekering eindigt door een schriftelijke opzegging door verzekeringnemer in navolgende gevallen:

**15.3.2.1** Tegen het einde van de op het polisblad vermelde geldigheidsduur met inachtneming van een opzeggingstermijn van twee maanden;

**15.3.2.2** Indien de verzekeringnemer niet met een herziening als bedoeld in artikel 14.1 akkoord gaat. Verzekeringnemer dient de verzekering binnen één maand na ontvangst van de schriftelijke mededeling als bedoeld in artikel 14.1 van zorgverzekeraar op te zeggen. De verzekering eindigt op de dag waarop de

wijziging volgens de schriftelijke mededeling van zorgverzekeraar ingaat. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven. De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering door verzekeringnemer of verzekerde geldt niet indien:

- de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen en bepalingen;

- de wijziging van de premie voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde wiens leeftijd bepalend is voor de premie;

- de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;

- de wijziging een uitbreiding van de dekking bij gelijkblijvende premie inhoudt;

**15.3.2.3** Indien binnen twee maanden nadat de zorgverzekeraar tegenover verzekeringnemer een beroep op de niet nakoming van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft gedaan. De verzekering eindigt op de datum die in de opzeggingsbrief is vermeld of bij gebreke daarvan op de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief.

**15.3.3** De verzekering eindigt in navolgende gevallen:

**15.3.3.1** De verzekering eindigt de volgende dag ingeval

van overlijden van de verzekerde. De zorgverzekeraar dient binnen twee maanden na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden;

**15.3.3.2** De verzekering eindigt (tenzij na schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar anders is overeen gekomen) voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.

## **Artikel 16 Toepasselijk recht en klachten**

### **16.1 Toepasselijk recht**

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

### **16.2 Klachten**

#### **16.2.1 Intern klachtenbureau**

Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door de zorgverzekeraar, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, kan hij de zorgverzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de afdeling Cliëntenservice, telefoonnummer (033) 464 25 55 of email: [clientenservice@amersfoortse.nl](mailto:clientenservice@amersfoortse.nl).

#### **16.2.2 Ombudsman Zorgverzekeringen**

Wanneer het oordeel van de maatschappij voor de verzekerde niet bevredigend is, kan deze zich wenden tot de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist. Telefoon: (030) 698 83 60.

#### **16.2.3 De rechter**

Wanneer verzekerde geen gebruik wil maken van de klachtenbehandelingsmogelijkheden, of de behandeling of uitkomst niet bevredigend vindt, kan hij het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.

## **Artikel 17 Bepalingen in verband met collectiviteit**

### **17.1 Uitdiensttreding**

Als een verzekerde een functie elders aanvaardt, kan de verzekering zonder selectie worden voortgezet tegen een gelijkwaardige individuele aanvullende verzekering, mits de wens daartoe binnen veertien dagen na beëindiging van het dienstverband schriftelijk aan de zorgverzekeraar wordt kenbaar gemaakt. Bijzondere afspraken die uitsluitend gelden voor het collectief worden op de individuele aanvullende verzekering niet voortgezet.

### **17.2 Afbreuk collectief karakter**

De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor, als aan het (collectieve) karakter van dit contract in aanzienlijke mate afbreuk wordt gedaan, het contract tussentijds te beëindigen met inachtneming van een opzegtermijn van een maand.

### **Clausule terrorismedekking**

Op deze verzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismedekking N.V. (NHT).

De tekst van de clausule terrorismedekking is op verzoek bij de zorgverzekeraar opvraagbaar.

# Tandarts Basis

## Polisvoorwaarden

### Inhoud van de polis

- 1 Begripsomschrijvingen
  - 2 Prestatiewijze en dekking
  - 3 Overzicht van de vergoedingen
  - 4 Uitsluitingen
  - 5 Algemeen
  - 6 Premie
  - 7 Premiebetaling en schorsing
  - 8 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde
  - 9 Declaraties en schorsing
  - 10 Regres
  - 11 Fraude
  - 12 Kennisgeving relevante gebeurtenissen
  - 13 Herziening van premie of voorwaarden
  - 14 Begin en einde van de verzekering
  - 15 Toepasselijk recht en klachten
  - 16 Bepalingen in verband met collectiviteit
- Clausule terrorismedekking

### Verzekeringsvoorwaarden

#### Artikel 1 Begripsomschrijvingen

##### 1.1 CTG/Zorgautoriteit i.o.

Het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting volgens de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG).

##### 1.2 EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Cyprus(Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden.

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

##### 1.3 Medisch adviseur

De arts, die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

##### 1.4 Mondhygiënist

Een vrijgevestigd mondhygiënist die is opgeleid conform het zogenoemd Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied mondhygiënist".

##### 1.5 Tandarts

Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

##### 1.6 Tandprotheticus

Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

##### 1.7 Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, niet zijnde lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische ruimte, of Zwitserland.

##### 1.8 Verzekerde

Ieder die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

##### 1.9 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

##### 1.10 Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg

##### 1.11 WTG

Wet Tarieven Gezondheidszorg

##### 1.12 Zorgverzekeraar

Fortis Aanvullende Ziektekostenverzekering NV.

#### Artikel 2 Prestatiewijze en dekking

##### 2.1 Woonland

Deze zorgpolis kan door of ten behoeve van elke verzekeringsplichtige in Nederland alsmede in buitenland woonachtige verzekeringsplichtige worden afgesloten.

##### 2.2 Aanvullend op ziektekostenverzekering

Deze verzekering verleent een aanvullende verstrekking of vergoeding op een ziektekostenverzekering op basis van de Zorgverzekeringswet. Er wordt pas vergoeding verleend als de kosten op de ziektekostenverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen. Kosten die onder het eigen risico van de ziektekostenverzekering vallen, worden niet aanvullend uitgekeerd op deze aanvullende verzekering.

##### 2.3 Maximale vergoeding

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- indien en voorzover geen (maximum-)tarief, op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

##### 2.4 Medische grondslag

De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

##### 2.5 Overname incasso zorgverlener

Indien en voor zover de zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de overeenkomst gehouden is, wordt verzekerde/verzekeringnemer geacht aan de zorgverzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de zorgverzekeraar van het



voor/door verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

### **Artikel 3 Overzicht van vergoedingen**

Tot €250,- per verzekerde per kalenderjaar voor de onder artikel 3 onder de punten 3.1.1 en 3.1.2 tezamen gemaakte tandheelkundige kosten.

#### **3.1.1 Reguliere tandheelkundige behandelingen**

Vergoeding:

Volledig voor de volgende behandelingen:

- consultatie en diagnostiek;
- röntgendiagnostiek;
- preventie en mondhygiëne;
- anesthesie;
- restauraties door middel van plastische materialen;
- pulpabehandeling (endodontie);
- chirurgische ingrepen.

Voorwaarden:

Tandheelkundige behandelingen worden uitgevoerd door een tandarts of mondhygiënist.

#### **3.1.2 Overige tandheelkundige behandelingen**

Vergoeding:

75% van de kosten (inclusief techniekkosten en honorarium) voor de volgende tandheelkundige behandelingen:

- uitneembare prothetische voorzieningen (geen vergoeding voor volledige prothese en overkappingprothese);
- restauraties door middel van niet plastische materialen;
- parodontologie;
- gnathologie;
- implantaten met uitsluiting van kosten zoals omschreven onder artikel 4.11.

Voorwaarden:

Onder de vergoedingen zijn niet begrepen behandelingen en kosten welk verband houden met en/of voortvloeien uit gebitsregulatie (orthodontie). Tandheelkundige behandelingen worden uitgevoerd door een tandarts of mondhygiënist.

### **Artikel 4 Uitsluitingen**

Geen vergoeding wordt verleend voor:

#### **4.1 Na-u-clausule**

de kosten die gedekt zijn onder een andere (speciale) verzekering, al dan niet van oudere datum, of onder een andere verzekering gedekt zouden zijn indien onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan;

#### **4.2 Samenloop**

zover door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt krachtens:

- een wettelijk geregelde verzekering;
- regeling van overheidswege;
- enigerlei subsidieregeling;
- of een andere overeenkomst.

In een dergelijk geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig en zullen alleen de kosten voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaan waarop de verzekeringnemer of de verzekerde elders aanspraak zou kunnen doen gelden;

#### **4.3 AWBZ**

verstrekkingen krachtens de AWBZ waarop verzekerden op grond van die wet geen recht hebben. Tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen hebben niet-ingezetenen geen recht op vergoeding van kosten welke voor Nederlands ingezetenen voor rekening van de AWBZ zouden komen;

#### **4.5 Niet nagekomen afspraak**

declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;

#### **4.6 Keuringen en attesten.**

de kosten van keuringen en het afgeven van attesten;

#### **4.7 Dekking**

de kosten welke zijn gemaakt in de periode dat deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van behandeling bepalend is;

#### **4.8 Molest**

kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf; -indien de schade is veroorzaakt door terrorisme is de dekking gelimiteerd tot het bedrag van de uitkering die de zorgverzekeraar binnen de aanspraak op schadevergoeding ontvangt van de NHT (Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismedekking) zie clausule terrorismedekking;

#### **4.9 Gebitsregulatie**

de kosten van orthodontie;

#### **4.10 Atoomkernreacties**

kosten welke zijn veroorzaakt door of verband houden met atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan; 4.10.1 De uitsluiting onder 4.10 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979, 225). 4.10.2 Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 4.10.1 geen toepassing;

#### **4.11 Tandheelkundige implantaten**

De kosten van implantaten indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese;

#### **4.12 Farmaceutische Zorg**

De kosten van geneesmiddelen;

#### **4.13 Tandtechnici**

Voor door tandtechnici al dan niet onder eigen naam verrichte tandheelkundige behandelingen.

### **Artikel 5 Algemeen**

#### **5.1 Grondslag van de verzekering**

Aan deze overeenkomst liggen ten grondslag de in het aanvraagformulier en voor zover van toepassing de gezondheidsverklaring verstrekte opgaven en inlichtingen door de verzekeringsnemer aan de maatschappij, alsmede - indien medische keuring heeft plaatsgevonden - de bij die keuring door verzekeringsnemer en/of

verzekerde verstrekte gegevens.

Verzekeringnemer is verplicht de gestelde vragen in voornoemde opgaven en verklaringen zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor feiten en omstandigheden die betrekking hebben op een bij het sluiten van deze verzekering bekende derde, wiens belangen worden meeverzekerd en die de leeftijd van zestien jaar heeft bereikt.

Feiten en omstandigheden die verzekeringnemer kent of behoort te kennen nadat verzekeringnemer deze aanvraag heeft ingezonden, maar voordat de zorgverzekeraar heeft bericht over zijn definitieve beslissing het door u ter verzekering aangeboden risico al dan niet te verzekeren, dient verzekeringnemer alsnog aan de zorgverzekeraar mede te delen indien deze vallen onder de vraagstelling in voornoemde opgaven en verklaringen.

Indien verzekerde niet of niet volledig aan zijn mededelingsplicht heeft voldaan, kan zulks ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. Indien verzekerde met opzet tot misleiden van de zorgverzekeraar heeft gehandeld of deze bij kennis omtrent de ware stand van zaken de verzekering nimmer zou hebben gesloten, heeft hij tevens het recht de verzekering op te zeggen.

## **5.2 Begin en einde van de vergoeding**

Indien op grond van de eerdere bepalingen in deze voorwaarden recht bestaat op vergoeding van gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover de zorg is genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

## **5.3 Registratie van de persoonsgegevens**

De bij de aanvraag van deze verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de zorgverzekeraar gevoerde persoonsregistratie. De verwerking van deze gegevens geschiedt vertrouwelijk en overeenkomstig de voorschriften van de Wet Bescherming Persoonsgegevens.

## **5.4 Machtiging**

Een door de zorgverzekeraar afgegeven machtiging geldt niet langer dan de looptijd van de verzekering en is afgegeven onder voorbehoud van wijziging in wet en regelgeving.

## **5.5 Kennisgeving**

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan het laatst bekende adres of aan het adres van degene door wiens bemiddeling de verzekering loopt, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

## **Artikel 6 Premie**

### **6.1 Premie verschuldigd**

Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd

### **6.2 Premierestitutie**

Behalve bij opzegging wegens opzet de zorgverzekeraar te misleiden, wordt bij tussentijdse opzegging de lopende premie naar billijkheid verminderd.

## **Artikel 7 Premiebetaling en schorsing**

### **7.1 Premiebetaling**

De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze,

dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen.

Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren.

Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

## **7.2 Schorsing**

Indien de verzekeringnemer de verschuldigde premie niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn.

Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de schorsing is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

## **Artikel 8 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde**

### **8.1 Schademeldingsplicht**

Zodra verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde op de hoogte is of behoort te zijn van een gebeurtenis die voor zorgverzekeraar tot een uitkeringsplicht kan leiden, is hij verplicht die gebeurtenis zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is aan zorgverzekeraar te melden.

### **8.2 Schade-informatieplicht**

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn aan de zorgverzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die voor zorgverzekeraar van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.

### **8.3 Medewerkingsplicht**

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht hun volle medewerking te verlenen en alles na te laten wat de belangen van zorgverzekeraar zou kunnen benadelen.

### **8.4 Originele nota's**

De verzekeringnemer/verzekerde dient de originele nota's binnen drie jaren gerekend vanaf de factuurdatum, bij de zorgverzekeraar in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn.

### **8.5 Belangen van de zorgverzekeraar**

Aan deze verzekering kunnen geen rechten worden ontleend indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een of meer van bovenstaande polisverplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van zorgverzekeraar heeft benadeeld. Elk recht op uitkering komt te vervallen, indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde de hiervoor genoemde verplichtingen niet is nagekomen met de opzet de zorgverzekeraar te misleiden, tenzij de misleiding het verval van recht niet rechtvaardigt.

## **Artikel 9 Declaraties en schorsing**

### **9.1 Rechtstreeks betaalde declaraties**

De zorgverzekeraar heeft het recht om declaraties van zorgverleners, die bij de zorgverzekeraar zijn ingediend door de zorgverlener, rechtstreeks te voldoen aan de zorgverlener. Verzekeringnemer heeft recht op een specificatie van de betaalde bedragen door middel van een uitkeringsbrief.

### **9.2 Verschuldigde bedragen**

De in het vorige lid 1 genoemde declaratie zal door de zorgverzekeraar volledig aan de zorgverlener betaald worden, ook al komt de declaratie niet volledig voor vergoeding in aanmerking, door bijvoorbeeld een openstaand eigen risico of een beperkte vergoedingsregeling. Verzekeringnemer dient het eigen risico of vergoeding(en), voorzover deze boven de beperkte vergoedingsregeling uitkomen, te voldoen aan de zorgverzekeraar.

### **9.3 Vordering in het algemeen**

De in het vorige lid 2 omschreven bedragen zijn verschuldigd zodra verzekeringnemer de verzamelnota heeft ontvangen. De verzamelnota bevat een overzicht van de verschillende uitkeringsbrieven, waarin de verschuldigde bedragen zijn opgenomen. De verzekeringnemer dient de verschuldigde bedragen aan de zorgverzekeraar, binnen de in de verzamelnota genoemde termijn, te voldoen. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

### **9.4 Schorsing**

Indien verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de verzamelnota genoemde termijn betaalt, volgt na de verzamelnota volgt nog een aanmaning. Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn. Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de schorsing is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

## **Artikel 10 Regres**

De verzekeringnemer of verzekerde is verplicht:

- a. de zorgverzekeraar inlichtingen te verschaffen en medewerking te verlenen bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- b. alvorens met een derde, of degene die voor of namens de derde optreedt - daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde - een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, contact op te nemen met de zorgverzekeraar.

In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling treffen, waaronder mede begrepen het verlenen van kwijting, waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten zou worden benadeeld.

Indien verzekerde geheel of gedeeltelijk niet voldoet aan het in dit artikel bepaalde is hij tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de kant van de zorgverzekeraar geleden schade.

## **Artikel 11 Fraude**

### **11.1 Definitie**

Fraude is het opzettelijk onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van vergoeding van de zorgverzekeraar. Tevens omvat fraude het met opzet misleiden van de zorgverzekeraar met als doel het afsluiten van een verzekeringsovereenkomst die de zorgverzekeraar bij juiste kennis van zaken niet of onder andere voorwaarden zou hebben gesloten.

### **11.2 Vervallen rechten**

Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op vergoeding vervalt indien de verzekeringnemer en/of verzekerde en/of een bij de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan met betrekking van een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor de zorgverzekeraar bij de beoordeling van de ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor het hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

### **11.3 Aangifte**

Als er sprake is van fraude als bedoeld in lid 1 van dit artikel, kan dit tot gevolg hebben dat de zorgverzekeraar aangifte doet bij de politie.

### **11.4 Einde overeenkomst**

De zorgverzekeraar heeft het recht de overeenkomst, in geval van fraude te beëindigen.

### **11.5 Registratie fraude**

De zorgverzekeraar kan registratie doen in de tussen zorgverzekeraars erkende signaleringssystemen.

### **11.6 Vordering**

Als er sprake is van fraude, als bedoeld in lid 1 van dit artikel, heeft de zorgverzekeraar het recht tot terugvordering van de uitgekeerde vergoeding en gemaakte kosten.

## **Artikel 12 Kennisgeving relevante gebeurtenissen**

### **12.1 Kennisgeving**

De verzekeringnemer is verplicht binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d.

## **Artikel 13 Herziening van premie of voorwaarden**

### **13.1 Herziening**

De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende zorgpolis en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum. De zorgverzekeraar doet van de voorgenomen herziening schriftelijk mededeling, eventueel op de premiekwitanties.

### **13.2 Verstrijken termijn beëindigen overeenkomst**

Heeft de zorgverzekeraar binnen 30 dagen na de in het eerste lid genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de

verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

## **Artikel 14 Duur van de verzekering**

### **14.1 Begin van de verzekering**

De verzekering gaat in op de datum dat de zorgverzekeraar het verzoek daartoe alsmede de aanduiding van de variant waarvoor verzekerde kiest, heeft ontvangen. De ingangsdatum wordt op het polisblad vermeld.

### **14.2 Looptijd**

Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

### **14.3 Einde van de verzekering**

**14.3.1** Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens schriftelijke opzegging door de zorgverzekeraar in navolgende gevallen:

**14.3.1.1** Indien verzekeringnemer de verschuldigde premie of de verschuldigde bedragen als bedoeld in artikel 7.1, niet tijdig betaalt of weigert te betalen, heeft de zorgverzekeraar het recht de verzekering, met inachtneming van de procedure als bedoeld in artikel 7.2 schorsing, te beëindigen;

**14.3.1.2** Indien binnen twee maanden na de ontdekking dat verzekeringnemer fraude heeft gepleegd, als bedoeld in artikel 11.1, of de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen en verzekeringnemer daarbij heeft gehandeld met het opzet zorgverzekeraar te misleiden dan wel zorgverzekeraar de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum.

**14.3.2** De verzekering eindigt door een schriftelijke opzegging door verzekeringnemer in navolgende gevallen:

**14.3.2.1** Tegen het einde van de op het polisblad vermelde geldigheidsduur met inachtneming van een opzeggingstermijn van twee maanden;

**14.3.2.2** Indien de verzekeringnemer niet met een herziening als bedoeld in artikel 13.1 akkoord gaat. Verzekeringnemer dient de verzekering binnen één maand na ontvangst van de schriftelijke mededeling als bedoeld in artikel 13.1 van zorgverzekeraar op te zeggen. De verzekering eindigt op de dag waarop de wijziging volgens de schriftelijke mededeling van zorgverzekeraar ingaat. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven. De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering door verzekeringnemer of verzekerde geldt niet indien:

- de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen en bepalingen;
- de wijziging van de premie voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde wiens leeftijd bepalend is voor de premie;
- de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;
- de wijziging een uitbreiding van de dekking bij gelijkblijvende premie inhoudt;

**14.3.2.3** Indien binnen twee maanden nadat de zorgverzekeraar tegenover verzekeringnemer een beroep op de niet nakoming van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft gedaan. De verzekering eindigt op de datum die in de opzeggingsbrief is vermeld of bij gebreke daarvan op de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief.

**14.3.3** De verzekering eindigt in navolgende gevallen:

**14.3.3.1** De verzekering eindigt de volgende dag ingeval van overlijden van de verzekerde. De zorgverzekeraar

dient binnen twee maanden na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden;

**14.3.3.2** De verzekering eindigt (tenzij na schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar anders is overeen gekomen) voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.

## **Artikel 15 Toepasselijk recht en klachten**

### **15.1 Toepasselijk recht**

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

### **15.2 Klachten**

#### **15.2.1 Intern klachtenbureau**

Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door de zorgverzekeraar, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, kan hij de zorgverzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de afdeling Cliëntenservice, telefoonnummer (033) 464 25 55 of email: clientenservice@amersfoortse.nl.

#### **15.2.2 Ombudsman Zorgverzekeringen**

Wanneer het oordeel van de maatschappij voor de verzekerde niet bevredigend is, kan deze zich wenden tot de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist. Telefoon: (030) 698 83 60.

#### **15.2.3 De rechter**

Wanneer verzekerde geen gebruik wil maken van de klachtenbehandelingsmogelijkheden, of de behandeling of uitkomst niet bevredigend vindt, kan hij het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.

## **Artikel 16 Bepalingen in verband met collectiviteit**

### **16.1 Uitdiensttreding**

Als een verzekerde een functie elders aanvaardt, kan de verzekering zonder selectie worden voortgezet tegen een gelijkwaardige individuele aanvullende verzekering, mits de wens daartoe binnen veertien dagen na beëindiging van het dienstverband schriftelijk aan de zorgverzekeraar wordt kenbaar gemaakt. Bijzondere afspraken die uitsluitend gelden voor het collectief worden op de individuele aanvullende verzekering niet voortgezet.

### **16.2 Afbreuk collectief karakter**

De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor, als aan het (collectieve) karakter van dit contract in aanzienlijke mate afbreuk wordt gedaan, het contract tussentijds te beëindigen met inachtneming van een opzegtermijn van een maand.

### **Clausule terrorismedekking**

Op deze verzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschade N.V. (NHT).

De tekst van de clausule terrorismedekking is op verzoek bij de zorgverzekeraar opvraagbaar.

# Tandarts Uitgebreid

## Polisvoorwaarden

### Inhoud van de polis

- 1 Begripsomschrijvingen
  - 2 Prestatiewijze en dekking
  - 3 Overzicht van de vergoedingen
  - 4 Uitsluitingen
  - 5 Algemeen
  - 6 Premie
  - 7 Premiebetaling en schorsing
  - 8 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde
  - 9 Declaraties en schorsing
  - 10 Regres
  - 11 Fraude
  - 12 Kennisgeving relevante gebeurtenissen
  - 13 Herziening van premie of voorwaarden
  - 14 Begin en einde van de verzekering
  - 15 Toepasselijk recht en klachten
  - 16 Bepalingen in verband met collectiviteit
- Clausule terrorismedekking

### Verzekeringsvoorwaarden

#### Artikel 1 Begripsomschrijvingen

##### 1.1 CTG/Zorgautoriteit i.o.

Het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting volgens de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG).

##### 1.2 EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Cyprus(Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden.

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

##### 1.3 Medisch adviseur

De arts, die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

##### 1.4 Mondhygiënist

Een vrijgevestigd mondhygiënist die is opgeleid conform het zogenoemd Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied mondhygiënist".

##### 1.5 Tandarts

Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

##### 1.6 Tandprotheticus

Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

##### 1.7 Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, niet zijnde lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische ruimte, of Zwitserland.

##### 1.8 Verzekerde

Ieder die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

##### 1.9 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

##### 1.10 Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg

##### 1.11 WTG

Wet Tarieven Gezondheidszorg

##### 1.12 Zorgverzekeraar

Fortis Aanvullende Ziektekostenverzekering NV.

#### Artikel 2 Prestatiewijze en dekking

##### 2.1 Woonland

Deze zorgpolis kan door of ten behoeve van elke verzekeringsplichtige in Nederland alsmede in buitenland woonachtige verzekeringsplichtige worden afgesloten.

##### 2.2 Aanvullend op ziektekostenverzekering

Deze verzekering verleent een aanvullende verstrekking of vergoeding op een ziektekostenverzekering op basis van de Zorgverzekeringswet. Er wordt pas vergoeding verleend als de kosten op de ziektekostenverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen. Kosten die onder het eigen risico van de ziektekostenverzekering vallen, worden niet aanvullend uitgekeerd op deze aanvullende verzekering.

##### 2.3 Maximale vergoeding

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- indien en voorzover geen (maximum-)tarief, op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

##### 2.4 Medische grondslag

De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

##### 2.5 Overname incasso zorgverlener

Indien en voor zover de zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de overeenkomst gehouden is, wordt verzekerde/verzekeringnemer geacht aan de zorgverzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de zorgverzekeraar van het

voor/door verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

### **Artikel 3 Overzicht van vergoedingen**

Tot € 750,- per verzekerde per kalenderjaar voor de onder artikel 3 onder de punten 3.1.1 en 3.1.2 tezamen gemaakte tandheelkundige kosten.

#### **3.1.1 Reguliere tandheelkundige behandelingen**

Vergoeding:

Volledig voor de volgende behandelingen:

- consultatie en diagnostiek;
- röntgendiagnostiek;
- preventie en mondhygiëne;
- anesthesie;
- restauraties door middel van plastische materialen;
- pulpabehandeling (endodontie);
- chirurgische ingrepen.

Voorwaarden:

Tandheelkundige behandelingen worden uitgevoerd door een tandarts of mondhygiënist.

#### **3.1.2 Overige tandheelkundige behandelingen**

Vergoeding:

75% van de kosten (inclusief techniekkosten en honorarium) voor de volgende tandheelkundige behandelingen:

- uitneembare prothetische voorzieningen (geen vergoeding voor volledige prothese en overkappingprothese);
- restauraties door middel van niet plastische materialen;
- parodontologie;
- gnathologie;
- implantaten met uitsluiting van kosten zoals omschreven onder artikel 4.11.

Voorwaarden:

Onder de vergoedingen zijn niet begrepen behandelingen en kosten welk verband houden met en/of voortvloeien uit gebitsregulatie (orthodontie). Tandheelkundige behandelingen worden uitgevoerd door een tandarts of mondhygiënist.

### **Artikel 4 Uitsluitingen**

Geen vergoeding wordt verleend voor:

#### **4.1 Na-u-clausule**

de kosten die gedekt zijn onder een andere (speciale) verzekering, al dan niet van oudere datum, of onder een andere verzekering gedekt zouden zijn indien onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan;

#### **4.2 Samenloop**

zover door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt krachtens:

- een wettelijk geregelde verzekering;
- regeling van overheidswege;
- enigerlei subsidieregeling;
- of een andere overeenkomst.

In een dergelijk geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig en zullen alleen de kosten voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaan waarop de verzekeringnemer of de verzekerde elders aanspraak zou kunnen doen gelden;

#### **4.3 AWBZ**

verstrekkingen krachtens de AWBZ waarop verzekerden op grond van die wet geen recht hebben. Tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen hebben niet-ingezetenen geen recht op vergoeding van kosten welke voor Nederlands ingezetenen voor rekening van de AWBZ zouden komen;

#### **4.5 Niet nagekomen afspraak**

declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;

#### **4.6 Keuringen en attesten.**

de kosten van keuringen en het afgeven van attesten;

#### **4.7 Dekking**

de kosten welke zijn gemaakt in de periode dat deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van behandeling bepalend is;

#### **4.8 Molest**

kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf; -indien de schade is veroorzaakt door terrorisme is de dekking gelimiteerd tot het bedrag van de uitkering die de zorgverzekeraar binnen de aanspraak op schadevergoeding ontvangt van de NHT (Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismedekking) zie clausule terrorismedekking;

#### **4.9 Gebitsregulatie**

de kosten van orthodontie;

#### **4.10 Atoomkernreacties**

kosten welke zijn veroorzaakt door of verband houden met atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan; 4.10.1 De uitsluiting onder 4.10 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979, 225). 4.10.2 Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 4.10.1 geen toepassing;

#### **4.11 Tandheelkundige implantaten**

De kosten van implantaten indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese;

#### **4.12 Farmaceutische Zorg**

De kosten van geneesmiddelen;

#### **4.13 Tandtechnici**

Voor door tandtechnici al dan niet onder eigen naam verrichte tandheelkundige behandelingen.

### **Artikel 5 Algemeen**

#### **5.1 Grondslag van de verzekering**

Aan deze overeenkomst liggen ten grondslag de in het aanvraagformulier en voor zover van toepassing de gezondheidsverklaring verstrekte opgaven en inlichtingen door de verzekeringnemer aan de maatschappij, alsmede - indien medische keuring heeft plaatsgevonden - de bij die keuring door verzekeringnemer en/of

verzekerde verstrekte gegevens.

Verzekeringnemer is verplicht de gestelde vragen in voornoemde opgaven en verklaringen zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor feiten en omstandigheden die betrekking hebben op een bij het sluiten van deze verzekering bekende derde, wiens belangen worden meeverzekerd en die de leeftijd van zestien jaar heeft bereikt.

Feiten en omstandigheden die verzekeringnemer kent of behoort te kennen nadat verzekeringnemer deze aanvraag heeft ingezonden, maar voordat de zorgverzekeraar heeft bericht over zijn definitieve beslissing het door u ter verzekering aangeboden risico al dan niet te verzekeren, dient verzekeringnemer alsnog aan de zorgverzekeraar mede te delen indien deze vallen onder de vraagstelling in voornoemde opgaven en verklaringen.

Indien verzekerde niet of niet volledig aan zijn mededelingsplicht heeft voldaan, kan zulks ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. Indien verzekerde met opzet tot misleiden van de zorgverzekeraar heeft gehandeld of deze bij kennis omtrent de ware stand van zaken de verzekering nimmer zou hebben gesloten, heeft hij tevens het recht de verzekering op te zeggen.

## **5.2 Begin en einde van de vergoeding**

Indien op grond van de eerdere bepalingen in deze voorwaarden recht bestaat op vergoeding van gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover de zorg is genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

## **5.3 Registratie van de persoonsgegevens**

De bij de aanvraag van deze verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de zorgverzekeraar gevoerde persoonsregistratie. De verwerking van deze gegevens geschiedt vertrouwelijk en overeenkomstig de voorschriften van de Wet Bescherming Persoonsgegevens.

## **5.4 Machtiging**

Een door de zorgverzekeraar afgegeven machtiging geldt niet langer dan de looptijd van de verzekering en is afgegeven onder voorbehoud van wijziging in wet en regelgeving.

## **5.5 Kennisgeving**

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan het laatst bekende adres of aan het adres van degene door wiens bemiddeling de verzekering loopt, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

## **Artikel 6 premie**

### **6.1 Premie verschuldigd**

Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd

### **6.2 Premierestitutie**

Behalve bij opzegging wegens opzet de zorgverzekeraar te misleiden, wordt bij tussentijdse opzegging de lopende premie naar billijkheid verminderd.

## **Artikel 7 Premiebetaling en schorsing**

### **7.1 Premiebetaling**

De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze,

dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen.

Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren.

Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

## **7.2 Schorsing**

Indien de verzekeringnemer de verschuldigde premie niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn.

Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de schorsing is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

## **Artikel 8 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde**

### **8.1 Schademeldingsplicht**

Zodra verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde op de hoogte is of behoort te zijn van een gebeurtenis die voor zorgverzekeraar tot een uitkeringsplicht kan leiden, is hij verplicht die gebeurtenis zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is aan zorgverzekeraar te melden.

### **8.2 Schade-informatieplicht**

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn aan de zorgverzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die voor zorgverzekeraar van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.

### **8.3 Medewerkingsplicht**

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht hun volle medewerking te verlenen en alles na te laten wat de belangen van zorgverzekeraar zou kunnen benadelen.

### **8.4 Originele nota's**

De verzekeringnemer/verzekerde dient de originele nota's binnen drie jaren gerekend vanaf de factuurdatum, bij de zorgverzekeraar in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn.

### **8.5 Belangen van de zorgverzekeraar**

Aan deze verzekering kunnen geen rechten worden ontleend indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een of meer van bovenstaande polisverplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van zorgverzekeraar heeft benadeeld. Elk recht op uitkering komt te vervallen, indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde de hiervoor genoemde verplichtingen niet is nagekomen met de opzet de zorgverzekeraar te misleiden, tenzij de misleiding het verval van recht niet rechtvaardigt.

## **Artikel 9 Declaraties en schorsing**

### **9.1 Rechtstreeks betaalde declaraties**

De zorgverzekeraar heeft het recht om declaraties van zorgverleners, die bij de zorgverzekeraar zijn ingediend door de zorgverlener, rechtstreeks te voldoen aan de zorgverlener. Verzekeringnemer heeft recht op een specificatie van de betaalde bedragen door middel van een uitkeringsbrief.

### **9.2 Verschuldigde bedragen**

De in het vorige lid 1 genoemde declaratie zal door de zorgverzekeraar volledig aan de zorgverlener betaald worden, ook al komt de declaratie niet volledig voor vergoeding in aanmerking, door bijvoorbeeld een openstaand eigen risico of een beperkte vergoedingsregeling. Verzekeringnemer dient het eigen risico of vergoeding(en), voorzover deze boven de beperkte vergoedingsregeling uitkomen, te voldoen aan de zorgverzekeraar.

### **9.3 Vordering in het algemeen**

De in het vorige lid 2 omschreven bedragen zijn verschuldigd zodra verzekeringnemer de verzamelnota heeft ontvangen. De verzamelnota bevat een overzicht van de verschillende uitkeringsbrieven, waarin de verschuldigde bedragen zijn opgenomen. De verzekeringnemer dient de verschuldigde bedragen aan de zorgverzekeraar, binnen de in de verzamelnota genoemde termijn, te voldoen. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

### **9.4 Schorsing**

Indien verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de verzamelnota genoemde termijn betaalt, volgt na de verzamelnota volgt nog een aanmaning. Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn. Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de schorsing is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

## **Artikel 10 Regres**

De verzekeringnemer of verzekerde is verplicht:

- a. de zorgverzekeraar inlichtingen te verschaffen en medewerking te verlenen bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- b. alvorens met een derde, of degene die voor of namens de derde optreedt - daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde - een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, contact op te nemen met de zorgverzekeraar.

In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling treffen, waaronder mede begrepen het verlenen van kwijting, waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten zou worden benadeeld.

Indien verzekerde geheel of gedeeltelijk niet voldoet aan het in dit artikel bepaalde is hij tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de kant van de zorgverzekeraar geleden schade.

## **Artikel 11 Fraude**

### **11.1 Definitie**

Fraude is het opzettelijk onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van vergoeding van de zorgverzekeraar. Tevens omvat fraude het met opzet misleiden van de zorgverzekeraar met als doel het afsluiten van een verzekeringsovereenkomst die de zorgverzekeraar bij juiste kennis van zaken niet of onder andere voorwaarden zou hebben gesloten.

### **11.2 Vervallen rechten**

Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op vergoeding vervalt indien de verzekeringnemer en/of verzekerde en/of een bij de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan met betrekking van een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor de zorgverzekeraar bij de beoordeling van de ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor het hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

### **11.3 Aangifte**

Als er sprake is van fraude als bedoeld in lid 1 van dit artikel, kan dit tot gevolg hebben dat de zorgverzekeraar aangifte doet bij de politie.

### **11.4 Einde overeenkomst**

De zorgverzekeraar heeft het recht de overeenkomst, in geval van fraude te beëindigen.

### **11.5 Registratie fraude**

De zorgverzekeraar kan registratie doen in de tussen zorgverzekeraars erkende signaleringssystemen.

### **11.6 Vordering**

Als er sprake is van fraude, als bedoeld in lid 1 van dit artikel, heeft de zorgverzekeraar het recht tot terugvordering van de uitgekeerde vergoeding en gemaakte kosten.

## **Artikel 12 Kennisgeving relevante gebeurtenissen**

### **12.1 Kennisgeving**

De verzekeringnemer is verplicht binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d.

## **Artikel 13 Herziening van premie of voorwaarden**

### **13.1 Herziening**

De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende zorgpolissen en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum. De zorgverzekeraar doet van de voorgenomen herziening schriftelijk mededeling, eventueel op de premiekwitanties.

### **13.2 Verstrijken termijn beëindigen overeenkomst**

Heeft de zorgverzekeraar binnen 30 dagen na de in het eerste lid genoemde datum geen schriftelijke mededeling



van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

## **Artikel 14 Duur van de verzekering**

### **14.1 Begin van de verzekering**

De verzekering gaat in op de datum dat de zorgverzekeraar het verzoek daartoe alsmede de aanduiding van de variant waarvoor verzekerde kiest, heeft ontvangen. De ingangsdatum wordt op het polisblad vermeld.

### **14.2 Looptijd**

Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

### **14.3 Einde van de verzekering**

**14.3.1** Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens schriftelijke opzegging door de zorgverzekeraar in navolgende gevallen:

**14.3.1.1** Indien verzekeringnemer de verschuldigde premie of de verschuldigde bedragen als bedoeld in artikel 7.1, niet tijdig betaalt of weigert te betalen, heeft de zorgverzekeraar het recht de verzekering, met inachtneming van de procedure als bedoeld in artikel 7.2 schorsing, te beëindigen;

**14.3.1.2** Indien binnen twee maanden na de ontdekking dat verzekeringnemer fraude heeft gepleegd, als bedoeld in artikel 11.1, of de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen en verzekeringnemer daarbij heeft gehandeld met het opzet zorgverzekeraar te misleiden dan wel zorgverzekeraar de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum.

**14.3.2** De verzekering eindigt door een schriftelijke opzegging door verzekeringnemer in navolgende gevallen:

**14.3.2.1** Tegen het einde van de op het polisblad vermelde geldigheidsduur met inachtneming van een opzeggingstermijn van twee maanden;

**14.3.2.2** Indien de verzekeringnemer niet met een herziening als bedoeld in artikel 13.1 akkoord gaat. Verzekeringnemer dient de verzekering binnen één maand na ontvangst van de schriftelijke mededeling als bedoeld in artikel 13.1 van zorgverzekeraar op te zeggen. De verzekering eindigt op de dag waarop de wijziging volgens de schriftelijke mededeling van zorgverzekeraar ingaat. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven. De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering door verzekeringnemer of verzekerde geldt niet indien:

- de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen en bepalingen;
- de wijziging van de premie voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde wiens leeftijd bepalend is voor de premie;
- de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;
- de wijziging een uitbreiding van de dekking bij gelijkblijvende premie inhoudt;

**14.3.2.3** Indien binnen twee maanden nadat de zorgverzekeraar tegenover verzekeringnemer een beroep op de niet nakoming van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft gedaan. De verzekering eindigt op de datum die in de opzeggingsbrief is vermeld of bij gebreke daarvan op de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief.

**14.3.3** De verzekering eindigt in navolgende gevallen:

**14.3.3.1** De verzekering eindigt de volgende dag ingeval

van overlijden van de verzekerde. De zorgverzekeraar dient binnen twee maanden na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden;

**14.3.3.2** De verzekering eindigt (tenzij na schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar anders is overeengekomen) voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.

## **Artikel 15 Toepasselijk recht en klachten**

### **15.1 Toepasselijk recht**

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

### **15.2 Klachten**

#### **15.2.1 Intern klachtenbureau**

Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door de zorgverzekeraar, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, kan hij de zorgverzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de afdeling Cliëntenservice, telefoonnummer (033) 464 25 55 of email: [clientservice@amersfoortse.nl](mailto:clientservice@amersfoortse.nl).

#### **15.2.2 Ombudsman Zorgverzekeringen**

Wanneer het oordeel van de maatschappij voor de verzekerde niet bevredigend is, kan deze zich wenden tot de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist. Telefoon: (030) 698 83 60.

#### **15.2.3 De rechter**

Wanneer verzekerde geen gebruik wil maken van de klachtenbehandelingsmogelijkheden, of de behandeling of uitkomst niet bevredigend vindt, kan hij het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.

## **Artikel 16 Bepalingen in verband met collectiviteit**

### **16.1 Uitdiensttreding**

Als een verzekerde een functie elders aanvaardt, kan de verzekering zonder selectie worden voortgezet tegen een gelijkwaardige individuele aanvullende verzekering, mits de wens daartoe binnen veertien dagen na beëindiging van het dienstverband schriftelijk aan de zorgverzekeraar wordt kenbaar gemaakt. Bijzondere afspraken die uitsluitend gelden voor het collectief worden op de individuele aanvullende verzekering niet voortgezet.

### **16.2 Afbreuk collectief karakter**

De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor, als aan het (collectieve) karakter van dit contract in aanzienlijke mate afbreuk wordt gedaan, het contract tussentijds te beëindigen met inachtneming van een opzegtermijn van een maand.

### **Clausule terrorismedekking**

Op deze verzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT).

De tekst van de clausule terrorismedekking is op verzoek bij de zorgverzekeraar opvraagbaar.

# Tandarts Optimaal

## Polisvoorwaarden

### Inhoud van de polis

- 1 Begripsomschrijvingen
  - 2 Prestatiewijze en dekking
  - 3 Overzicht van de vergoedingen
  - 4 Uitsluitingen
  - 5 Algemeen
  - 6 Premie
  - 7 Premiebetaling en schorsing
  - 8 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde
  - 9 Declaraties en schorsing
  - 10 Regres
  - 11 Fraude
  - 12 Kennisgeving relevante gebeurtenissen
  - 13 Herziening van premie of voorwaarden
  - 14 Begin en einde van de verzekering
  - 15 Toepasselijk recht en klachten
  - 16 Bepalingen in verband met collectiviteit
- Clausule terrorismedekking

### Verzekeringsvoorwaarden

#### Artikel 1 Begripsomschrijvingen

##### 1.1 CTG/Zorgautoriteit i.o.

Het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting volgens de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG).

##### 1.2 EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Cyprus(Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden.

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

##### 1.3 Medisch adviseur

De arts, die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

##### 1.4 Mondhygiënist

Een vrijgevestigd mondhygiënist die is opgeleid conform het zogenoemd Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied mondhygiënist".

##### 1.5 Tandarts

Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

##### 1.6 Tandprotheticus

Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

##### 1.7 Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, niet zijnde lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische ruimte, of Zwitserland.

##### 1.8 Verzekerde

Ieder die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

##### 1.9 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

##### 1.10 Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg

##### 1.11 WTG

Wet Tarieven Gezondheidszorg

##### 1.12 Zorgverzekeraar

Fortis Aanvullende Ziektekostenverzekering NV.

#### Artikel 2 Prestatiewijze en dekking

##### 2.1 Woonland

Deze zorgpolis kan door of ten behoeve van elke verzekeringsplichtige in Nederland alsmede in buitenland woonachtige verzekeringsplichtige worden afgesloten.

##### 2.2 Aanvullend op ziektekostenverzekering

Deze verzekering verleent een aanvullende verstrekking of vergoeding op een ziektekostenverzekering op basis van de Zorgverzekeringswet. Er wordt pas vergoeding verleend als de kosten op de ziektekostenverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen. Kosten die onder het eigen risico van de ziektekostenverzekering vallen, worden niet aanvullend uitgekeerd op deze aanvullende verzekering.

##### 2.3 Maximale vergoeding

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- indien en voorzover geen (maximum-)tarief, op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

##### 2.4 Medische grondslag

De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

##### 2.5 Overname incasso zorgverlener

Indien en voor zover de zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de overeenkomst gehouden is, wordt verzekerde/verzekeringnemer geacht aan de zorgverzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de zorgverzekeraar van het

voor/door verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

### **Artikel 3 Overzicht van vergoedingen**

Tot € 1.500,- per verzekerde per kalenderjaar voor de onder artikel 3 onder de punten 3.1.1 en 3.1.2 tezamen gemaakte tandheelkundige kosten.

#### **3.1.1 Reguliere tandheelkundige behandelingen**

Vergoeding:

Volledig voor de volgende behandelingen:

- consultatie en diagnostiek;
- röntgendiagnostiek;
- preventie en mondhygiëne;
- anesthesie;
- restauraties door middel van plastische materialen;
- pulpabehandeling (endodontie);
- chirurgische ingrepen.

Voorwaarden:

Tandheelkundige behandelingen worden uitgevoerd door een tandarts of mondhygiënist.

#### **3.1.2 Overige tandheelkundige behandelingen**

Vergoeding:

75% van de kosten (inclusief techniekkosten en honorarium) voor de volgende tandheelkundige behandelingen:

- uitneembare prothetische voorzieningen (geen vergoeding voor volledige prothese en overkappingprothese);
- restauraties door middel van niet plastische materialen;
- parodontologie;
- gnathologie;
- implantaten met uitsluiting van kosten zoals omschreven onder artikel 4.11.

Voorwaarden:

Onder de vergoedingen zijn niet begrepen behandelingen en kosten welk verband houden met en/of voortvloeien uit gebitsregulatie (orthodontie). Tandheelkundige behandelingen worden uitgevoerd door een tandarts of mondhygiënist.

### **Artikel 4 Uitsluitingen**

Geen vergoeding wordt verleend voor:

#### **4.1 Na-u-clausule**

de kosten die gedekt zijn onder een andere (speciale) verzekering, al dan niet van oudere datum, of onder een andere verzekering gedekt zouden zijn indien onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan;

#### **4.2 Samenloop**

zover door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt krachtens:

- een wettelijk geregelde verzekering;
- regeling van overheidswege;
- enigerlei subsidieregeling;
- of een andere overeenkomst.

In een dergelijk geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig en zullen alleen de kosten voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaan waarop de verzekeringnemer of de verzekerde elders aanspraak zou kunnen doen gelden;

#### **4.3 AWBZ**

verstrekkingen krachtens de AWBZ waarop verzekerden op grond van die wet geen recht hebben. Tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen hebben niet-ingezetenen geen recht op vergoeding van kosten welke voor Nederlands ingezetenen voor rekening van de AWBZ zouden komen;

#### **4.5 Niet nagekomen afspraak**

declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;

#### **4.6 Keuringen en attesten.**

de kosten van keuringen en het afgeven van attesten;

#### **4.7 Dekking**

de kosten welke zijn gemaakt in de periode dat deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van behandeling bepalend is;

#### **4.8 Molest**

kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf; -indien de schade is veroorzaakt door terrorisme is de dekking gelimiteerd tot het bedrag van de uitkering die de zorgverzekeraar binnen de aanspraak op schadevergoeding ontvangt van de NHT (Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismedekking) zie clausule terrorismedekking;

#### **4.9 Gebitsregulatie**

de kosten van orthodontie;

#### **4.10 Atoomkernreacties**

kosten welke zijn veroorzaakt door of verband houden met atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan; 4.10.1 De uitsluiting onder 4.10 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979, 225). 4.10.2 Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 4.10.1 geen toepassing;

#### **4.11 Tandheelkundige implantaten**

De kosten van implantaten indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese;

#### **4.12 Farmaceutische Zorg**

De kosten van geneesmiddelen;

#### **4.13 Tandtechnici**

Voor door tandtechnici al dan niet onder eigen naam verrichte tandheelkundige behandelingen.

### **Artikel 5 Algemeen**

#### **5.1 Grondslag van de verzekering**

Aan deze overeenkomst liggen ten grondslag de in het aanvraagformulier en voor zover van toepassing de gezondheidsverklaring verstrekte opgaven en inlichtingen door de verzekeringsnemer aan de maatschappij, alsmede - indien medische keuring heeft plaatsgevonden - de bij die keuring door verzekeringsnemer en/of

verzekerde verstrekte gegevens.

Verzekeringnemer is verplicht de gestelde vragen in voornoemde opgaven en verklaringen zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor feiten en omstandigheden die betrekking hebben op een bij het sluiten van deze verzekering bekende derde, wiens belangen worden meeverzekerd en die de leeftijd van zestien jaar heeft bereikt.

Feiten en omstandigheden die verzekeringnemer kent of behoort te kennen nadat verzekeringnemer deze aanvraag heeft ingezonden, maar voordat de zorgverzekeraar heeft bericht over zijn definitieve beslissing het door u ter verzekering aangeboden risico al dan niet te verzekeren, dient verzekeringnemer alsnog aan de zorgverzekeraar mede te delen indien deze vallen onder de vraagstelling in voornoemde opgaven en verklaringen.

Indien verzekerde niet of niet volledig aan zijn mededelingsplicht heeft voldaan, kan zulks ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. Indien verzekerde met opzet tot misleiden van de zorgverzekeraar heeft gehandeld of deze bij kennis omtrent de ware stand van zaken de verzekering nimmer zou hebben gesloten, heeft hij tevens het recht de verzekering op te zeggen.

## **5.2 Begin en einde van de vergoeding**

Indien op grond van de eerdere bepalingen in deze voorwaarden recht bestaat op vergoeding van gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover de zorg is genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

## **5.3 Registratie van de persoonsgegevens**

De bij de aanvraag van deze verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de zorgverzekeraar gevoerde persoonsregistratie. De verwerking van deze gegevens geschiedt vertrouwelijk en overeenkomstig de voorschriften van de Wet Bescherming Persoonsgegevens.

## **5.4 Machtiging**

Een door de zorgverzekeraar afgegeven machtiging geldt niet langer dan de looptijd van de verzekering en is afgegeven onder voorbehoud van wijziging in wet en regelgeving.

## **5.5 Kennisgeving**

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan het laatst bekende adres of aan het adres van degene door wiens bemiddeling de verzekering loopt, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

## **Artikel 6 premie**

### **6.1 Premie verschuldigd**

Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd

### **6.2 Premierestitutie**

Behalve bij opzegging wegens opzet de zorgverzekeraar te misleiden, wordt bij tussentijdse opzegging de lopende premie naar billijkheid verminderd.

## **Artikel 7 Premiebetaling en schorsing**

### **7.1 Premiebetaling**

De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze,

dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen.

Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren.

Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

## **7.2 Schorsing**

Indien de verzekeringnemer de verschuldigde premie niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn.

Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de schorsing is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

## **Artikel 8 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde**

### **8.1 Schademeldingsplicht**

Zodra verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde op de hoogte is of behoort te zijn van een gebeurtenis die voor zorgverzekeraar tot een uitkeringsplicht kan leiden, is hij verplicht die gebeurtenis zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is aan zorgverzekeraar te melden.

### **8.2 Schade-informatieplicht**

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn aan de zorgverzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die voor zorgverzekeraar van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.

### **8.3 Medewerkingsplicht**

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht hun volle medewerking te verlenen en alles na te laten wat de belangen van zorgverzekeraar zou kunnen benadelen.

### **8.4 Originele nota's**

De verzekeringnemer/verzekerde dient de originele nota's binnen drie jaren gerekend vanaf de factuurdatum, bij de zorgverzekeraar in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn.

### **8.5 Belangen van de zorgverzekeraar**

Aan deze verzekering kunnen geen rechten worden ontleend indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een of meer van bovenstaande polisverplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van zorgverzekeraar heeft benadeeld. Elk recht op uitkering komt te vervallen, indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde de hiervoor genoemde verplichtingen niet is nagekomen met de opzet de zorgverzekeraar te misleiden, tenzij de misleiding het verval van recht niet rechtvaardigt.

## **Artikel 9 Declaraties en schorsing**

### **9.1 Rechtstreeks betaalde declaraties**

De zorgverzekeraar heeft het recht om declaraties van zorgverleners, die bij de zorgverzekeraar zijn ingediend door de zorgverlener, rechtstreeks te voldoen aan de zorgverlener. Verzekeringnemer heeft recht op een specificatie van de betaalde bedragen door middel van een uitkeringsbrief.

### **9.2 Verschuldigde bedragen**

De in het vorige lid 1 genoemde declaratie zal door de zorgverzekeraar volledig aan de zorgverlener betaald worden, ook al komt de declaratie niet volledig voor vergoeding in aanmerking, door bijvoorbeeld een openstaand eigen risico of een beperkte vergoedingsregeling. Verzekeringnemer dient het eigen risico of vergoeding(en), voorzover deze boven de beperkte vergoedingsregeling uitkomen, te voldoen aan de zorgverzekeraar.

### **9.3 Vordering in het algemeen**

De in het vorige lid 2 omschreven bedragen zijn verschuldigd zodra verzekeringnemer de verzamelnota heeft ontvangen. De verzamelnota bevat een overzicht van de verschillende uitkeringsbrieven, waarin de verschuldigde bedragen zijn opgenomen. De verzekeringnemer dient de verschuldigde bedragen aan de zorgverzekeraar, binnen de in de verzamelnota genoemde termijn, te voldoen. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

### **9.4 Schorsing**

Indien verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de verzamelnota genoemde termijn betaalt, volgt na de verzamelnota volgt nog een aanmaning. Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn. Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de schorsing is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

## **Artikel 10 Regres**

De verzekeringnemer of verzekerde is verplicht:

- a. de zorgverzekeraar inlichtingen te verschaffen en medewerking te verlenen bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- b. alvorens met een derde, of degene die voor of namens de derde optreedt - daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde - een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, contact op te nemen met de zorgverzekeraar.

In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling treffen, waaronder mede begrepen het verlenen van kwijting, waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten zou worden benadeeld.

Indien verzekerde geheel of gedeeltelijk niet voldoet aan het in dit artikel bepaalde is hij tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de kant van de zorgverzekeraar geleden schade.

## **Artikel 11 Fraude**

### **11.1 Definitie**

Fraude is het opzettelijk onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van vergoeding van de zorgverzekeraar. Tevens omvat fraude het met opzet misleiden van de zorgverzekeraar met als doel het afsluiten van een verzekeringsovereenkomst die de zorgverzekeraar bij juiste kennis van zaken niet of onder andere voorwaarden zou hebben gesloten.

### **11.2 Vervallen rechten**

Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op vergoeding vervalt indien de verzekeringnemer en/of verzekerde en/of een bij de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan met betrekking van een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor de zorgverzekeraar bij de beoordeling van de ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor het hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

### **11.3 Aangifte**

Als er sprake is van fraude als bedoeld in lid 1 van dit artikel, kan dit tot gevolg hebben dat de zorgverzekeraar aangifte doet bij de politie.

### **11.4 Einde overeenkomst**

De zorgverzekeraar heeft het recht de overeenkomst, in geval van fraude te beëindigen.

### **11.5 Registratie fraude**

De zorgverzekeraar kan registratie doen in de tussen zorgverzekeraars erkende signaleringssystemen.

### **11.6 Vordering**

Als er sprake is van fraude, als bedoeld in lid 1 van dit artikel, heeft de zorgverzekeraar het recht tot terugvordering van de uitgekeerde vergoeding en gemaakte kosten.

## **Artikel 12 Kennisgeving relevante gebeurtenissen**

### **12.1 Kennisgeving**

De verzekeringnemer is verplicht binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d.

## **Artikel 13 Herziening van premie of voorwaarden**

### **13.1 Herziening**

De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende zorgpolissen en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum. De zorgverzekeraar doet van de voorgenomen herziening schriftelijk mededeling, eventueel op de premiekwitanties.

### **13.2 Verstrijken termijn beëindigen overeenkomst**

Heeft de zorgverzekeraar binnen 30 dagen na de in het eerste lid genoemde datum geen schriftelijke mededeling

van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

## **Artikel 14 Duur van de verzekering**

### **14.1 Begin van de verzekering**

De verzekering gaat in op de datum dat de zorgverzekeraar het verzoek daartoe alsmede de aanduiding van de variant waarvoor verzekerde kiest, heeft ontvangen. De ingangsdatum wordt op het polisblad vermeld.

### **14.2 Looptijd**

Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

### **14.3 Einde van de verzekering**

**14.3.1** Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens schriftelijke opzegging door de zorgverzekeraar in navolgende gevallen:

**14.3.1.1** Indien verzekeringnemer de verschuldigde premie of de verschuldigde bedragen als bedoeld in artikel 7.1, niet tijdig betaalt of weigert te betalen, heeft de zorgverzekeraar het recht de verzekering, met inachtneming van de procedure als bedoeld in artikel 7.2 schorsing, te beëindigen;

**14.3.1.2** Indien binnen twee maanden na de ontdekking dat verzekeringnemer fraude heeft gepleegd, als bedoeld in artikel 11.1, of de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen en verzekeringnemer daarbij heeft gehandeld met het opzet zorgverzekeraar te misleiden dan wel zorgverzekeraar de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum.

**14.3.2** De verzekering eindigt door een schriftelijke opzegging door verzekeringnemer in navolgende gevallen:

**14.3.2.1** Tegen het einde van de op het polisblad vermelde geldigheidsduur met inachtneming van een opzeggingstermijn van twee maanden;

**14.3.2.2** Indien de verzekeringnemer niet met een herziening als bedoeld in artikel 13.1 akkoord gaat. Verzekeringnemer dient de verzekering binnen één maand na ontvangst van de schriftelijke mededeling als bedoeld in artikel 13.1 van zorgverzekeraar op te zeggen. De verzekering eindigt op de dag waarop de wijziging volgens de schriftelijke mededeling van zorgverzekeraar ingaat. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven. De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering door verzekeringnemer of verzekerde geldt niet indien:

- de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen en bepalingen;
- de wijziging van de premie voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde wiens leeftijd bepalend is voor de premie;
- de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;
- de wijziging een uitbreiding van de dekking bij gelijkblijvende premie inhoudt;

**14.3.2.3** Indien binnen twee maanden nadat de zorgverzekeraar tegenover verzekeringnemer een beroep op de niet nakoming van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft gedaan. De verzekering eindigt op de datum die in de opzeggingsbrief is vermeld of bij gebreke daarvan op de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief.

**14.3.3** De verzekering eindigt in navolgende gevallen:

**14.3.3.1** De verzekering eindigt de volgende dag ingeval

van overlijden van de verzekerde. De zorgverzekeraar dient binnen twee maanden na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden;

**14.3.3.2** De verzekering eindigt (tenzij na schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar anders is overeengekomen) voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.

## **Artikel 15 Toepasselijk recht en klachten**

### **15.1 Toepasselijk recht**

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

### **15.2 Klachten**

#### **15.2.1 Intern klachtenbureau**

Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door de zorgverzekeraar, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, kan hij de zorgverzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de afdeling Cliëntenservice, telefoonnummer (033) 464 25 55 of email: [clientservice@amersfoortse.nl](mailto:clientservice@amersfoortse.nl).

#### **15.2.2 Ombudsman Zorgverzekeringen**

Wanneer het oordeel van de maatschappij voor de verzekerde niet bevredigend is, kan deze zich wenden tot de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist. Telefoon: (030) 698 83 60.

#### **15.2.3 De rechter**

Wanneer verzekerde geen gebruik wil maken van de klachtenbehandelingsmogelijkheden, of de behandeling of uitkomst niet bevredigend vindt, kan hij het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.

## **Artikel 16 Bepalingen in verband met collectiviteit**

### **16.1 Uitdiensttreding**

Als een verzekerde een functie elders aanvaardt, kan de verzekering zonder selectie worden voortgezet tegen een gelijkwaardige individuele aanvullende verzekering, mits de wens daartoe binnen veertien dagen na beëindiging van het dienstverband schriftelijk aan de zorgverzekeraar wordt kenbaar gemaakt. Bijzondere afspraken die uitsluitend gelden voor het collectief worden op de individuele aanvullende verzekering niet voortgezet.

### **16.2 Afbreuk collectief karakter**

De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor, als aan het (collectieve) karakter van dit contract in aanzienlijke mate afbreuk wordt gedaan, het contract tussentijds te beëindigen met inachtneming van een opzegtermijn van een maand.

### **Clausule terrorismedekking**

Op deze verzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT).

De tekst van de clausule terrorismedekking is op verzoek bij de zorgverzekeraar opvraagbaar.

## Zorgdiensten module

### Polisvoorwaarden

#### Inhoud van de polis

1 Begripsomschrijvingen	
2 Prestatiewijze en dekking	
3 Omvang van de vergoedingen	
Snelle diagnostiek	3.1
Gezinshulp	3.2
Vervangend vervoer	3.3
Rug en RSI trainingen	3.4
Ergomisch advies	3.5
Zaakwaarnemer	3.6
4 Uitsluitingen	
5 Diensten De Amersfoortse	
6 Algemeen	
7 Premie	
8 Premiebetaling en schorsing	
9 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde	
10 Declaraties en schorsing	
11 Regres	
12 Fraude	
13 Kennisgeving relevante gebeurtenissen	
14 Herziening van premie of voorwaarden	
15 Begin en einde van de verzekering	
16 Toepasselijk recht en klachten	
Clausule terrorismedekking	

#### Verzekeringsvoorwaarden

##### Artikel 1 Begripsomschrijvingen

###### 1.1 AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

###### 1.2 Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven in het betreffende register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbo-dienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

###### 1.3 Ergonoom

Een ergonoom, die voldoet aan de eisen als European Ergonomist en als zodanig is geregistreerd.

###### 1.4 Medisch adviseur

De arts, die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

###### 1.5 Partner

Echtgeno(o)t(e) of degene met wie de werknemer duurzaam samenwoont.

###### 1.6 Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

###### 1.7 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

#### 1.8 Zorgverzekeraar

Fortis Aanvullende Ziektekostenverzekeringen NV.

#### Artikel 2 Prestatiewijze en dekking

##### 2.1 Woonland

Deze zorgdienstenmodule kan door of ten behoeve van elke verzekeringsplichtige in Nederland woonachtige verzekeringsplichtige worden afgesloten.

##### 2.2 Aanvullend op ziektekostenverzekering

Deze verzekering verleent een aanvullende verstrekking of vergoeding op een ziektekostenverzekering op basis van de Zorgverzekeringswet en/of een aanvullende ziektekostenverzekering. Er wordt pas vergoeding verleend als de kosten op de ziektekostenverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen. Kosten die onder het eigen risico van de ziektekostenverzekering vallen, worden niet aanvullend uitgekeerd op deze aanvullende verzekering.

##### 2.3 Medische grondslag

De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgdienstenmodule omschreven, wordt naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

##### 2.4 Overname incasso zorgverlener

Indien en voor zover de zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de overeenkomst gehouden is, wordt verzekerde/verzekeringnemer geacht aan de zorgverzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de zorgverzekeraar van het voor/door verzekerde aan de zorgaanbieder of derden teveel betaalde.

#### Artikel 3 Overzicht van vergoedingen

##### 3.1 Snelle diagnostiek

3.1.1. Snelle diagnose, advies en toegang tot het behandeltraject.

Vergoeding:  
100% voor de kosten van diagnose en advies.

Voorwaarden:  
Bij arbeidsgerelateerde klachten van het bewegingsapparaat. Om aanspraak te maken kan contact opgenomen worden met De Amersfoortse.

Toelichting:  
Naast de medische diagnose krijgt de bedrijfsarts antwoord op vragen met betrekking tot de belastbaarheid en mogelijkheden weer deel te nemen aan het arbeidsproces.

##### 3.2 Gezinshulp

3.2.1 Gezinshulp bij uitval van de partner

Vergoeding:  
Tot 20 uur gezinshulp per kalenderjaar.

**Voorwaarden:**

Als de partner van de verzekerde ziek is en daardoor de zorgtaak van kind(eren) niet op zich kan nemen, heeft verzekerde recht op gezinshulp. De gezinshulp wordt verleend door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde gezinshulp. Om aanspraak te maken op de gezinshulp kan contact opgenomen worden met De Amersfoortse.

**3.3 Vervangend vervoer**

Tot € 500,- per kalenderjaar voor de onder artikel 3 onder de punten 3.3.1 en 3.3.2 tezamen gemaakte kosten van vervoer.

**3.3.1 Taxivervoer van en naar de werkplek.**

**Vergoeding:**  
100%

**Voorwaarden:**

Als het op medische gronden niet mogelijk is per eigen auto of met openbaar vervoer naar en van het werk te reizen. Taxivervoer vindt plaats door de door Transvision gecontracteerde vervoerders. Informatie over Transvision is te vinden op de website [www.amersfoortse.nl](http://www.amersfoortse.nl). Voor aanspraak op taxivervoer kan verzekerde contact opnemen middels 0900-33 33 33 0 (15 cent per minuut)

**3.3.2 Vervoer door een chauffeur van verzekerde met de eigen (bedrijfs)auto van en naar de werkplek.**

**Vergoeding:**  
100%

**Voorwaarden:**

Als het op medische gronden niet mogelijk is per eigen auto of met openbaar vervoer van en naar het werk te reizen. Om aanspraak te maken op deze dienstverlening kan contact opgenomen worden met De Amersfoortse.

**3.4 Rug en RSI trainingen**

**3.4.1 Preventieve cursussen gericht op voorkoming van Rugklachten en RSI.**

**Vergoeding:**  
75% van de kosten van de preventieve cursussen.

**Voorwaarden:**

Preventieve cursussen worden gegeven door de door de zorgverzekeraar gecontracteerde providers. Om aanspraak te maken op de rug en RSI trainingen dient vooraf contact opgenomen te worden met De Amersfoortse.

**3.5 Ergonomisch advies**

**3.5.1 Bemiddelingskosten voor een onderzoek naar en advies over de werkomstandigheden van verzekerde.**

**Vergoeding:**  
100% van de bemiddelingskosten.

**Voorwaarden:**

Onderzoek wordt uitgevoerd door een ergonom. Om aanspraak te maken op bemiddeling kan contact opgenomen worden met De Amersfoortse.

**3.6 Zaakwaarnemer**

**3.6.1 Bemiddelingskosten voor regelen van een zaakwaarnemer in verband met continuatie van de onderneming bij ziekte of ongeval.**

**Vergoeding:**  
100% van de bemiddelingskosten.

**Voorwaarden:**

Vervanging door een andere ondernemer gedurende de periode van uitval van verzekerde door ziekte of ongeval. Om aanspraak te maken op bemiddeling kan contact opgenomen worden met De Amersfoortse.

**Artikel 4 Uitsluitingen:**

Geen vergoeding wordt verleend voor:

**4.1 Na-u-clausule**

de kosten die gedekt zijn onder een andere (speciale) verzekering, al dan niet van oudere datum, of onder een andere verzekering gedekt zouden zijn indien onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan;

**4.2 Samenloop**

zover door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt krachtens:

- een wettelijk geregelde verzekering;
- regeling van overheidswege;
- enigertei subsidieregeling;
- of een andere overeenkomst.

In een dergelijk geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig en zullen alleen de kosten voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaan waarop de verzekeringnemer of de verzekerde elders aanspraak zou kunnen doen gelden;

**4.3 AWBZ**

verstrekkingen krachtens de AWBZ waarop verzekerden op grond van die 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;

**4.4 Eigen bijdrage AWBZ**

eigen bijdragen krachtens de AWBZ;

**4.5 Niet nagekomen afspraak**

declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;

**4.6 Dekking**

de kosten welke zijn gemaakt in de periode dat deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van behandeling bepalend is;

**4.7 Opzet**

kosten als het verzuim van de verzekerde of het uitvallen van de partner voor verzorgende werkzaamheden is veroorzaakt:

- met opzet of goetvinden van de verzekeringnemer;
- door grove schuld aan de zijde van de verzekeringnemer;

**4.8 Molest**

kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf;



- indien de schade is veroorzaakt door terrorisme is de dekking gelimiteerd tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar binnen de aanspraak op schadevergoeding ontvangt van de NHT (Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade) zie clausule terrorismedekking.

#### 4.9 Atoomkernreacties

kosten welke zijn veroorzaakt door of verband houden met atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan; 4.9.1 De uitsluiting onder 4.9 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979, 225). 4.9.2 Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 4.9.1 geen toepassing.

#### Artikel 5 Diensten De Amersfoortse

De verzekerde kan terecht bij de ervaren verpleegkundigen van De Amersfoortse. De Amersfoortse is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer (033) 464 28 81 en per mail via [managed.care@nl.fortis.com](mailto:managed.care@nl.fortis.com).

#### Artikel 6 Algemeen

##### 6.1 Grondslag van de verzekering

Aan deze overeenkomst liggen ten grondslag de in het aanvraagformulier en voor zover van toepassing de gezondheidsverklaring verstrekte opgaven en inlichtingen door de verzekeringsnemer aan de maatschappij, alsmede - indien medische keuring heeft plaatsgevonden - de bij die keuring door verzekeringsnemer en/of verzekerde verstrekte gegevens.

Verzekeringnemer is verplicht de gestelde vragen in voornoemde opgaven en verklaringen zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor feiten en omstandigheden die betrekking hebben op een bij het sluiten van deze verzekering bekende derde, wiens belangen worden meeverzekerd en die de leeftijd van zestien jaar heeft bereikt.

Feiten en omstandigheden die verzekeringnemer kent of behoort te kennen nadat verzekeringnemer deze aanvraag heeft ingezonden, maar voordat de zorgverzekeraar heeft bericht over zijn definitieve beslissing het door u ter verzekering aangeboden risico al dan niet te verzekeren, dient verzekeringnemer alsnog aan de zorgverzekeraar mede te delen indien deze vallen onder de vraagstelling in voornoemde opgaven en verklaringen.

Indien verzekerde niet of niet volledig aan zijn mededelingsplicht heeft voldaan, kan zulks ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. Indien verzekerde met opzet tot misleiden van de zorgverzekeraar heeft gehandeld of deze bij kennis omtrent de ware stand van zaken de verzekering nimmer zou hebben gesloten, heeft hij tevens het recht de verzekering op te zeggen.

##### 6.2 Begin en einde van de vergoeding

Indien op grond van de eerdere bepalingen in deze voorwaarden recht bestaat op vergoeding van gemaakte

kosten, geldt dat slechts voor zover de zorg is genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

#### 6.3 Registratie van de persoonsgegevens

De bij de aanvraag van deze verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de verzekeraar gevoerde persoonsregistratie. De verwerking van deze gegevens geschiedt vertrouwelijk en overeenkomstig de voorschriften van de Wet Bescherming Persoonsgegevens.

#### 6.4 Machtiging

Een door de zorgverzekeraar afgegeven machtiging geldt niet langer dan de looptijd van de verzekering en is afgegeven onder voorbehoud van wijziging in wet en regelgeving.

#### 6.5 Kennisgeving

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan het laatst bekende adres of aan het adres van degene door wiens bemiddeling de verzekering loopt, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

#### Artikel 7 Premie

##### 7.1 Premie verschuldigd

Krachtens de verzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd

##### 7.2 Premierestitutie

Behalve bij opzegging wegens opzet de verzekeraar te misleiden, wordt bij tussentijdse opzegging de lopende premie naar billijkheid verminderd.

#### Artikel 8 Premiebetaling en schorsing

##### 8.1 Premiebetaling

De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen.

Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren.

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

##### 8.2 Schorsing

Indien de verzekeringnemer de verschuldigde premie niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn.

Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de verzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de schorsing is de verzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

#### Artikel 9 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde

##### 9.1 Schademeldingsplicht

Zodra verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde op de hoogte is of behoort te zijn van een gebeurtenis die

voor verzekeraar tot een uitkeringsplicht kan leiden, is hij verplicht die gebeurtenis zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is aan zorgverzekeraar te melden.

### 9.2 Schade-informatieplicht

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn aan de zorgverzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die voor zorgverzekeraar van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.

### 9.3 Medewerkingsplicht

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht hun volle medewerking te verlenen en alles na te laten wat de belangen van zorgverzekeraar zou kunnen benadelen.

### 9.4 Originele nota's

De verzekeringnemer/verzekerde dient de originele nota's binnen drie jaren gerekend vanaf de factuurdatum, bij de zorgverzekeraar in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn.

### 9.5 Belangen van de zorgverzekeraar

Aan deze verzekering kunnen geen rechten worden ontleend indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een of meer van bovenstaande polisverplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van zorgverzekeraar heeft benadeeld. Elk recht op uitkering komt te vervallen, indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde de hiervoor genoemde verplichtingen niet is nagekomen met de opzet de verzekeraar te misleiden, tenzij de misleiding het verval van recht niet rechtvaardigt.

## Artikel 10 Declaraties en schorsing

### 10.1 Rechtstreeks betaalde declaraties

De zorgverzekeraar heeft het recht om declaraties van zorgverleners, die bij de verzekeraar zijn ingediend door de zorgverlener, rechtstreeks te voldoen aan de zorgverlener. Verzekeringnemer heeft recht op een specificatie van de betaalde bedragen door middel van een uitkeringsbrief.

### 10.2 Verschuldigde bedragen

De in het vorige lid 1 genoemde declaratie zal door de zorgverzekeraar volledig aan de zorgverlener betaald worden, ook al komt de declaratie niet volledig voor vergoeding in aanmerking, door bijvoorbeeld een openstaand eigen risico of een beperkte vergoedingsregeling. Verzekeringnemer dient het eigen risico of vergoeding(en), voorzover deze boven de beperkte vergoedingsregeling uitkomen, te voldoen aan de zorgverzekeraar.

### 10.3 Vordering in het algemeen

De in het vorige lid 2 omschreven bedragen zijn verschuldigd zodra verzekeringnemer de verzamelnota heeft ontvangen. De verzamelnota bevat een overzicht van de verschillende uitkeringsbrieven, waarin de verschuldigde bedragen zijn opgenomen. De verzekeringnemer dient de verschuldigde bedragen aan de zorgverzekeraar, binnen de in de verzamelnota genoemde termijn, te voldoen. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

## 10.4 Schorsing

Indien verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de verzamelnota genoemde termijn betaalt, volgt na de verzamelnota nog een aanmaning. Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn.

Een ingebrekestelling door de verzekeraar is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de schorsing is de verzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

## Artikel 11 Regres

De verzekeringnemer of verzekerde is verplicht:

- de zorgverzekeraar inlichtingen te verschaffen en medewerking te verlenen bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- alvorens met een derde, of degene die voor of namens de derde optreedt - daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde - een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, contact op te nemen met de zorgverzekeraar.

In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling treffen, waaronder mede begrepen het verlenen van kwijting, waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten zou worden benadeeld.

Indien verzekerde geheel of gedeeltelijk niet voldoet aan het in dit artikel bepaalde is hij tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de kant van de zorgverzekeraar geleden schade.

## Artikel 12 Fraude

### 12.1 Definitie

Fraude is het opzettelijk onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van vergoeding van de verzekeraar. Tevens omvat fraude het met opzet misleiden van de verzekeraar met als doel het afsluiten van een verzekeringsovereenkomst die de zorgverzekeraar bij juiste kennis van zaken niet of onder andere voorwaarden zou hebben gesloten.

### 12.2 Vervallen rechten

Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op vergoeding vervalt indien de verzekeringnemer en/of verzekerde en/of een bij de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan met betrekking van een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor de verzekeraar bij de beoordeling van de ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor het hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

### 12.3 Aangifte

Als er sprake is van fraude als bedoeld in lid 1 van dit artikel, kan dit tot gevolg hebben dat de zorgverzekeraar aangifte doet bij de politie.

### 12.4 Einde overeenkomst

De zorgverzekeraar heeft het recht de overeenkomst, in geval van fraude te beëindigen.

### 12.5 Registratie fraude

De zorgverzekeraar kan registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen.

### 12.6 Vordering

Als er sprake is van fraude, als bedoeld in lid 1 van dit artikel, heeft de zorgverzekeraar het recht tot terugvordering van de uitgekeerde vergoeding en gemaakte kosten.

## Artikel 13 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

### 13.1 Kennisgeving

De verzekeringnemer is verplicht binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals beëindiging bedrijfsvoering, overnames, verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d.

## Artikel 14 Herziening van premie of voorwaarden

### 14.1 Herziening

De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende zorgdienstenmodules en en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum. De zorgverzekeraar doet van de voorgenomen herziening schriftelijk mededeling, eventueel op de premiekwitanties.

### 14.2 Verstrijken termijn beëindigen overeenkomst

Heeft de zorgverzekeraar binnen 30 dagen na de in het eerste lid genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

## Artikel 15 Duur van de verzekering

### 15.1 Begin van de verzekering

De verzekering gaat in op de datum dat de zorgverzekeraar het verzoek daartoe alsmede de aanduiding van de variant waarvoor verzekerde kiest, heeft ontvangen. De ingangsdatum wordt op het polisblad vermeld.

### 15.2 Looptijd

Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

### 15.3 Einde van de verzekering

**15.3.1** Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens schriftelijke opzegging door de zorgverzekeraar in navolgende gevallen:

**15.3.1.1** Indien verzekeringnemer de verschuldigde premie of de verschuldigde bedragen als bedoeld in artikel 8.1, niet tijdig betaalt of weigert te betalen, heeft de zorgverzekeraar het recht de verzekering, met inachtneming van de procedure als bedoeld in artikel 8.2 schorsing, te beëindigen;

**15.3.1.2** Indien binnen twee maanden na de ontdekking dat verzekeringnemer fraude heeft gepleegd, als bedoeld

in artikel 12.1, of de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen en verzekeringnemer daarbij heeft gehandeld met het opzet verzekeraar te misleiden dan wel verzekeraar de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum.

**15.3.2** De verzekering eindigt door een schriftelijke opzegging door verzekeringnemer in navolgende gevallen:

**15.3.2.1** Tegen het einde van de op het polisblad vermelde geldigheidsduur met inachtneming van een opzeggingstermijn van twee maanden;

**15.3.2.2** Indien de verzekeringnemer niet met een herziening als bedoeld in artikel 14.1 akkoord gaat. Verzekeringnemer dient de verzekering binnen één maand na ontvangst van de schriftelijke mededeling als bedoeld in artikel 14.1 van verzekeraar op te zeggen. De verzekering eindigt op de dag waarop de wijziging volgens de schriftelijke mededeling van verzekeraar ingaat. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven. De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering door verzekeringnemer of verzekerde geldt niet indien:

- de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen en bepalingen;
- de wijziging van de premie voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde wiens leeftijd bepalend is voor de premie;
- de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;
- de wijziging een uitbreiding van de dekking bij gelijkblijvende premie inhoudt.

**15.3.2.3** Indien binnen twee maanden nadat de verzekeraar tegenover verzekeringnemer een beroep op de niet nakoming van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft gedaan. De verzekering eindigt op de datum die in de opzeggingsbrief is vermeld of bij gebreke daarvan op de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief;

**15.3.3** De verzekering eindigt in navolgende gevallen:

**15.3.3.1** De verzekering eindigt de volgende dag ingeval van overlijden van de verzekerde. De zorgverzekeraar dient binnen twee maanden na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden;

**15.3.3.2** De verzekering eindigt (tenzij na schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar anders is overeen gekomen) voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.

## Artikel 16 Toepasselijk recht en klachten

### 16.1 Toepasselijk recht

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

### 16.2 Klachten

#### 16.2.1 Intern klachtenbureau

Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door de zorgverzekeraar, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, kan hij de zorgverzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de afdeling Cliëntenservice, telefoonnummer (033) 464 25 55 of email: [clientenservice@amersfoortse.nl](mailto:clientenservice@amersfoortse.nl).

#### 16.2.2 Ombudsman Zorgverzekeringen

Wanneer het oordeel van de maatschappij voor de verzekerde niet bevredigend is, kan deze zich wenden tot de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist. Telefoon: (030) 698 83 60.

### **16.2.3 De rechter**

Wanneer verzekerde geen gebruik wil maken van de klachtenbehandelingsmogelijkheden, of de behandeling of uitkomst niet bevredigend vindt, kan hij het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.

### **Clausule terrorismedekking**

Op deze verzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschade N.V. (NHT).

De tekst van de clausule terrorismedekking is op verzoek bij de zorgverzekeraar opvraagbaar.