



Collectieve Zorgverzekering

Polisvoorwaarden

Algemene polisvoorwaarden 497.02

Bladzijde

● 1 Begripsomschrijvingen	1
● 2 Dekking	5
● 3 Algemeen	16
● 4 Acceptatie	17
● 5 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde	17
● 6 Premie	18
● 7 Eigen risico	19
● 8 Opzegging, beëindiging en voortzetting	20
● 9 Wijzigingen	21
● 10 Herziening van premie en/of voorwaarden	22
● 11 Vrijwaring van aansprakelijkheid	23

1 **BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN**

1.1 **Algemeen**

1.1.1 **De verzekeraar**

De verzekeringsinstelling waarmee de verzekeringsovereenkomst is aangegaan.

1.1.2 **Verzekerde**

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

1.1.3 **Verzekeringnemer**

De gene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

1.2 **Alternatieve geneeswijzen**

Behandeling verricht door een arts, tandarts of behandelaar op een bepaald gebied algemeen erkend, als zodanig praktiserend en lid van een in Nederland gevestigde beroepsorganisatie.

1.3 **Audiologische zorg**

Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen hoorapparatuur, de voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

1.4 **Buitenland**

1.4.1 **Algemeen ziekenhuis in het buitenland**

Een in het buitenland gelegen inrichting voor volledige verpleging en volledige medisch-specialistische – met name ook operatieve – behandeling van patiënten, niet zijnde een verpleeghuis, rust-, kuur- of herstellingsoord. Als zodanig worden evenmin beschouwd die gedeelten van dergelijke inrichtingen die als sanatorium of als psychiatrische afdeling worden gebruikt.

1.4.2 **Zorgverlener/zorgverlenende inrichting of instantie in het buitenland**

Een ter plaatse bevoegde zorgverlener/zorgverlenende inrichting of instantie, die volgens de aldaar geldende normen als zodanig wordt aangemerkt.

1.5 **Bijkomende kosten**

De neventarieven die door de instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) in rekening mogen worden gebracht.

1.6 **Centrum voor bijzondere tandheelkunde**

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

- 1.7 **Centrum voor erfelijkheidsadvies**
Een in Nederland gelegen instelling die conform de bij wet gestelde regels is toegelaten voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.
- 1.8 **Dagverpleging**
Korter dan 24 uur durende bedverpleging in een ziekenhuis waarvan de noodzaak te voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een medisch-specialist.
- 1.9 **Farmaceutische zorg**
De bij ministeriële Regeling aangewezen onderdelen van farmaceutische zorg, zoals verwoord in de regeling Farmaceutische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland.
- 1.10 **Geneesmiddelenvergoedingssysteem**
Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Dit betekent dat voor een aantal geneesmiddelen een limiet aan de vergoeding wordt gesteld. Geneesmiddelen waarvoor nog geen limiet is vastgesteld, vallen in beginsel buiten de vergoeding, tenzij de regeling Farmaceutische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland of de verzekeraar anders bepaalt.
- 1.11 **Gezin**
De op het polisblad vermelde personen, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk huishouden, ter beoordeling aan de verzekeraar.
- 1.12 **Huisarts**
Een arts die is ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
- 1.13 **Hulpmiddelen**
De middelen die in de regeling Hulpmiddelen 1996 (inclusief alle aanpassingen en aanvullingen tot 31-12-2002) zijn opgenomen.
- 1.14 **Kaakchirurg**
Een tandarts-specialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheekunde.
- 1.15 **Kaakchirurgische behandeling**
Behandeling of onderzoek volgens medische en tandheekkundige normen, algemeen aanvaard en behorende tot het specialisme waarvoor de kaakchirurg is ingeschreven.

- 1.16 **Kraamzorg**
Kraamcentrum
Een conform de bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten instelling alsmede een door de verzekeraar als zodanig erkende instelling.
Kraamzorg
De zorg verleend door een aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorgende, waarbij deze ten huize van de verzekerde verblijft en zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt.
- 1.17 **Laboratoriumonderzoek**
Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat conform de bij wet gestelde regels als zodanig is toegelaten.
- 1.18 **Medisch adviseur**
De arts, die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.
- 1.19 **Medisch-specialist**
Een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
- 1.20 **Medisch-specialistische behandeling**
Zorg of onderzoek, volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is en behorend tot het specialisme waarvoor de medisch-specialist is ingeschreven.
- 1.21 **Medische noodzaak**
De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is.
- 1.22 **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 of een kaakchirurg noodzakelijk moet zijn.
- 1.23 **Paramedische behandeling**
Behandeling verricht door een in Nederland gevestigde:
– fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg);
– Ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist of oefentherapeut Cesar/Mensendieck, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit ‘diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’.

- 1.24 **Revalidatie**
Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke 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 wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.
- 1.25 **Tandarts**
Een in Nederland gevestigde tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg).
- 1.26 **Tandheelkundig adviseur**
De tandarts die de verzekeraar in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.
- 1.27 **Verloskundige**
Een in Nederland gevestigde verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg).
- 1.28 **Zelfstandig Behandelcentrum**
Een in Nederland gelegen centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.
- 1.29 **Ziekenhuis**
Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten alsmede het Nederlands Astmacentrum te Davos.
- 1.30 **Ziekenvervoer**
Vervoer per ambulance, taxi, rolstoelbus of auto indien en voor zover openbaar vervoer om medische redenen niet verantwoord is.
- 1.31 **Ziektegeval**
Elke ononderbroken behoefte aan geneeskundige behandeling, voortgekomen uit dezelfde ziekte-oorzaak of ziekte-oorzaken danwel hetzelfde ongeval.
- 1.32 **Zorgverlener**
De in Nederland gevestigde natuurlijke persoon of rechtspersoon die medische zorg verleent. Onder zorgverlener wordt mede verstaan een leverancier van hulpmiddelen.

2 DEKKING

2.1 Omvang van de dekking

2.1.1 Medisch-specialistische zorg

2.1.1.1 Medisch-specialistische zorg in een ziekenhuis tijdens opname

Vergoeding wordt verleend voor:

- de kosten in verband met verpleging in de verzekerde klasse;
- de kosten van medisch-specialistische zorg in rekening gebracht door het ziekenhuis.

Bij verpleging op basis van klasse 3 en als er conform de polis recht bestaat op een klasse 2 verpleging, vindt er een daggelduitkering plaats van € 45,- per dag. De daggelduitkering geldt niet voor opname buiten Nederland.

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

Indien een meeverzekerde moeder vanwege de verpleging van een kind jonger dan drie maanden in het ziekenhuis moet verblijven, worden de verpleegkosten van de moeder vergoed voor een duur van maximaal veertien dagen.

2.1.1.2 Medisch-specialistische zorg in een ziekenhuis in de overige gevallen

Vergoeding wordt verleend voor:

- de kosten van dagverpleging (in geval van tijdelijk verblijf);
- de kosten van medisch-specialistische zorg in rekening gebracht door het ziekenhuis.

2.1.1.3 Medisch-specialistische zorg buiten een ziekenhuis

Indien medisch-specialistische zorg buiten een ziekenhuis en zonder enige gebruikmaking van ziekenhuisfaciliteiten wordt verleend (een huispraktijk van een medisch-specialist) vindt vergoeding plaats van:

- het honorarium van de medisch-specialist.

2.1.1.4 Medisch-specialistische zorg in een zelfstandig behandelcentrum:

Vergoeding wordt verleend voor:

- het honorarium van de medisch-specialist;
- de bijkomende kosten.

Een lijst van zelfstandige behandelcentra is op aanvraag verkrijgbaar.

2.1.1.5 Medisch-specialistische zorg elders:

Vergoeding wordt verleend voor:

- het honorarium van de medisch-specialist.

2.1.2 **Revalidatie**

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van revalidatie, indien 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 bewegingsapparaat 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;
- na TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

Revalidatie kan plaatsvinden:

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

2.1.3 **Bevalling en kraamzorg**

Vergoeding wordt verleend voor:

2.1.3.1 **Bevalling in een ziekenhuis met medische noodzaak**

Zolang verblijf in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is, wordt vergoeding verleend voor de kosten overeenkomstig artikel 2.1.1.1.

Verlaat de moeder het ziekenhuis voordat de periode van 8 dagen (met ingang van de dag van bevalling) is verstreken, dan wordt voor elke minder in rekening gebrachte dag een uitkering ten behoeve van kraamzorg verleend van € 170,-.

In plaats van deze uitkering kan ook een vergoeding worden verleend:

- voor kraamzorg thuis door een DOOR DE VERZEKERAAR aan te wijzen gediplomeerd kraamverzorgende;
- tot een maximum van 48 uur (60 uur bij meerlingen), onder aftrek van 6 uur kraamzorg voor elke krachtens ziekenhuisverpleging in rekening gebrachte dag (met ingang van de dag van bevalling);
- indien de aanvraag hiervoor uiterlijk vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum in het bezit is van de verzekeraar.

Indien het genoten aantal uren kraamzorg minder is dan het maximaal toegestane aantal uren, is er geen recht op compensatie.

Zowel voor de uitkering ten behoeve van kraamzorg als voor de kraamzorg in natura zal het eigen risico niet van toepassing zijn.

2.1.3.2 **Bevalling in een ziekenhuis zonder medische noodzaak, in een kraaminrichting, poliklinisch of thuis.**

Vergoeding wordt verleend:

- voor het honorarium voor verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door medisch-specialist, huisarts of verloskundige;
- voor de kosten van gebruik van een polikliniek.

Naast deze kosten kan er gekozen worden voor:

a) een uitkering ten behoeve van kraamzorg van € 1.360,-;

OF

b) kraamzorg in natura bestaande uit:

- * een volledig kraampakket;
- * kraamzorg door een door de verzekeraar gecontracteerde kraamzorginstelling tot een maximum van 48 uur (60 uur bij meerlingen);
- * extra bevallingsassistentie tot een maximum van 6 uur bij een thuisbevalling.

De aanvraag voor kraamzorg in natura dient uiterlijk 5 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum in het bezit van de verzekeraar te zijn.

Indien het aantal genoten uren kraamzorg minder is dan het maximaal toegestane aantal uren, is er geen recht op compensatie.

Zowel voor de uitkering ten behoeve van kraamzorg als voor de kraamzorg in natura zal het eigen risico niet van toepassing zijn.

Indien de moeder na de bevalling zonder medische noodzaak maar om redenen van een zieke zuigeling langer in het ziekenhuis verblijft, zal er voor elke dag € 170,- respectievelijk 6 uur kraamzorg in mindering worden gebracht.

2.1.4 **Behandeling door de huisarts (indien meeverzekerd)**

Vergoeding wordt verleend:

- voor huisartsconsulten en -visites wegens geneeskundig onderzoek en behandeling;
- voor onderzoeken en behandelingen door of op verzoek van de huisarts verricht, voor zover deze niet zijn inbegrepen in het tarief voor een huisartsconsult of -visite.

2.1.5 **Farmaceutische zorg**

2.1.5.1 **Geneesmiddelen**

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van farmaceutische zorg overeenkomstig de regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld;
- voor een geneesmiddel, dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift;
- mits op voorschrift van een arts, medisch-specialist, tandarts of verloskundige en geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

2.1.5.2 **Geneesmiddelenvergoedingssysteem**

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

Geneesmiddelen waarvoor nog geen limiet is vastgesteld, vallen in beginsel buiten de vergoeding, tenzij de regeling Farmaceutische Hulp van Zorgverzekeraars

Nederland of de verzekeraar anders bepaalt. Indien wel een vergoedingslimiet is vastgesteld en de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet, blijft het meerdere buiten de vergoeding van de kosten.

2.1.5.3 **Dieetpreparaten**

De kosten van dieetpreparaten worden vergoed – overeenkomstig de regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld – na TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar.

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

2.1.5.4 **Koemelkeiwitallergeenvrije voeding**

Voor de kosten van koemelkeiwitallergeenvrije voeding wordt een tegemoetkoming in de kosten verleend na TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar.

2.1.5.5 **Verbandmiddelen**

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van verbandmiddelen;
- mits er sprake is van een ernstige aandoening;
- indien een behandeling van tenminste drie maanden met deze middelen noodzakelijk is.

2.1.6 **Hulpmiddelen**

Vergoeding wordt verleend:

- voor kosten van aanschaf, danwel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen (eenvoudige uitvoering);
- mits voorgeschreven door de behandelend arts;
- met inachtneming van de genoemde maximumbedragen in de regeling Hulpmiddelen 1996 (inclusief alle aanpassingen en aanvullingen tot 31-12-2002) is vastgesteld;
- indien de hulpmiddelen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn;
- na TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

De kosten voor normaal gebruik waaronder te verstaan de kosten van energieverbruik en batterijen, komen, tenzij in de regeling Hulpmiddelen anders is bepaald, niet voor vergoeding in aanmerking.

2.1.7 **Paramedische behandeling**

2.1.7.1 **Fysiotherapie en oefentherapie**

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van maximaal 9 behandelingen door de fysiotherapeut;
- voor de kosten van maximaal 9 behandelingen, na toestemming eventueel aangevuld met nog 9 behandelingen door de oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck.

Onder fysiotherapie wordt onder meer *niet* verstaan: zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie;

2.1.7.2 **Logopedie**

Vergoeding wordt verleend voor de kosten door de logopedist:

- van 100% voor de eerste 12 behandelingen per kalenderjaar per verzekerde;
- van 75% voor verdere behandelingen.

Onder logopedische behandeling wordt *niet* verstaan: behandeling van dyslexie en van behandeling wegens dialect en anderstaligheid.

2.1.7.3 **Ergotherapie**

Vergoeding wordt verleend voor de kosten van advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut tot een maximum van € 227,- per kalenderjaar per verzekerde.

2.1.8 **Behandeling door een arts voor alternatieve geneeswijzen (indien meeverzekerd)**

Vergoeding wordt verleend voor:

- de behandelingskosten van homeopathie, acupunctuur, natuurgeneeswijzen en antroposofie, door een in Nederland gevestigde arts met inachtneming van artikel 1.2.;
- tot ten hoogste € 23,- per consult of behandeling;
- tot een maximum van 10 consulten van alle genoemde artsen samen per kalenderjaar per verzekerde.

2.1.9 **Tandheelkundige zorg**

2.1.9.1 **Tandheelkundige zorg aan meeverzekerde kinderen jonger dan 19 jaar**

Vergoeding wordt verleend:

- voor 75% van de kosten van behandeling door een tandarts of, op verwijzing van de tandarts, een mondhygiënist tot een maximum van € 227,- per kalenderjaar per verzekerde.
- voor zover de behandeling plaatsvindt voor 1 januari volgend op de dag waarop de 19-jarige leeftijd wordt bereikt.

Bij het vaststellen van de hoogte van de vergoeding wordt:

- géén onderscheid gemaakt tussen honorarium en techniekkosten;
- gebruik gemaakt van de rechtsgeldige tarieven voor een tandarts, indien de mondhygiënist hiervan afwijkt.

2.1.9.2 **Tandheelkundige zorg aan verzekerden met een lichamelijke en/of geestelijke handicap**

Vergoeding wordt verleend voor 75% van het goedgekeurde tarief per behandelingsuur wanneer door een lichamelijke en/of geestelijke handicap een langere dan de normaal gebruikelijke tijdsduur noodzakelijk is.

2.1.9.3 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel.

Het betreft de volgende afwijkingen:

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

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist en;
- de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goed te keuren behandelingsplan, TOESTEMMING VOORAF heeft gegeven.

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

Vergoed wordt 90% van de rechtsgeldige tarieven

2.1.10 Orthodontische behandeling

Vergoeding wordt verleend voor de kosten van behandeling door een orthodontist:

- bij een schisis-afwijking (lip-, kaak- of verhemeltespleet) of;
- bij een vergelijkbare zeer ernstige orthodontische afwijking.

2.1.11 Ziekenvervoer (met inachtneming van artikel 1.30)

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van het ziekenvervoer naar en van een ziekenhuis, sanatorium of kraaminrichting in geval van opneming aldaar;
- voor de kosten van het ziekenvervoer naar en van de plaats waar een behandelend medisch-specialist praktijk uitoefent;
- voor de kosten van het vervoer naar en van een revalidatiecentrum, audiologisch centrum of een orthopedisch instrumentmaker voor het aanpassen van een prothese.

Voornoemde kosten komen voor vergoeding in aanmerking indien het vervoer verband houdt met een medische behandeling, waarvoor de kosten geheel dan wel gedeeltelijk voor rekening van de verzekeraar komen.

Tevens wordt vergoeding verleend voor de kosten van ziekenvervoer naar en van een niet-klinisch werkzame psychiater of zenuwarts dan wel een psychiatrische polikliniek of een instelling voor psychiatrische deeltijdbehandeling. Deze uitbreiding is uitsluitend van kracht voor zover deze kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ komen.

De hoogte van de vergoeding bedraagt:

- € 0,20 per kilometer voor vervoer per auto;
- het in rekening gebrachte bedrag voor vervoer per ambulance of taxi.

Voor alle bovenstaande vormen van vervoer, met uitzondering van vervoer per ambulance, geldt een eigen bijdrage per kalenderjaar voor alle verzekerden tezamen, die gelijk is aan de bijdrage genoemd in artikel 7 van het Besluit Ziekenvervoer (per 1-1-01 € 72,60).

2.1.12 **Buitenlanddekking**

2.1.12.1 **Medisch noodzakelijke zorg in een lidstaat van de Europese Unie**

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van verpleging en behandeling in een algemeen erkend ziekenhuis gedurende een door de verzekeraar vooraf vastgestelde periode met een maximum van 365 dagen per ziektegeval;
- voor de overige verzekerde kosten wegens geneeskundige behandeling;
- na TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar.

De vergoeding bedraagt ten hoogste 100% van de in Nederland geldende tarieven (die van het St. Franciscus Gasthuis te Rotterdam worden aangehouden als referentie), onder voorwaarde dat de zorg in Nederland zou zijn verricht.

De kosten van ziekenvervoer komen niet voor vergoeding in aanmerking.

2.1.12.2 **Acute medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in het buitenland**

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van verpleging en behandeling in een algemeen erkend ziekenhuis gedurende maximaal 365 dagen per ziektegeval;
- voor de kosten van ziekenvervoer voor zover dit vervoer per ambulance of taxi plaatsvindt naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- voor de overige verzekerde kosten wegens geneeskundige behandeling.

De vergoeding bedraagt ten hoogste 200% van de in Nederland geldende tarieven (die van het St. Franciscus Gasthuis te Rotterdam worden aangehouden als referentie), onder voorwaarde dat de opname binnen 48 uur aan de verzekeraar is gemeld.

Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de ANWB-Alarmcentrale die hiervoor 24 uur per dag beschikbaar is.

2.1.12.3 De vergoeding van de verzekerde kosten vindt plaats in Nederland, met inachtneming van de omrekeningskoers op de dag van het vaststellen van de uitkering, in Nederlandse courant, tenzij sprake is van een duidelijke afwijking van de parallelkoers of van het ontbreken van een notering.

2.1.13 **Abortus/sterilisatie**

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van abortus/sterilisatie mits de behandeling plaatsvindt in een ziekenhuis door een medisch-specialist;
- bij sterilisatie van de man, van de kosten tot ten hoogste het bedrag verschuldigd bij een poliklinische behandeling

2.1.14 **Audiologische zorg**

Vergoeding wordt verleend:

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

2.1.15 **Chronisch intermitterende beademing**

Vergoeding wordt verleend:

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

2.1.16 **Erfelijkheidsonderzoek**

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluid-onderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en daarmee verband houdende psycho-sociale begeleiding;
- mits uitgevoerd in een centrum voor erfelijkheidsadvies.

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.

De kosten van andere personen dan de verzekerde komen voor rekening van de eigen verzekeraar(s) van de onderzochte andere personen.

2.1.17 **Fertiliteitbevorderende behandelingen**

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van operatieve ingrepen, hormoonbehandeling en kunstmatige inseminatie in verband met ongewilde kinderloosheid;
- voor de kosten van in-vitro-fertilisatie-behandeling (IVF):
 - * mits er sprake is van een alom geaccepteerde medische indicatie;

- * in een vergunninghoudend ziekenhuis;
- * na TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld;
- * gedurende de looptijd van de verzekering komen maximaal drie IVF-pogingen per behandelde vrouwelijke verzekerde voor vergoeding in aanmerking;
- * per poging geldt een eigen bijdrage van € 363,-.

2.1.18 **Leukemie bij kinderen**

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

2.1.19 **Nierdialyse**

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van nierdialyse in een ziekenhuis, nierdialysecentrum of thuis;
- voor niet medische kosten bij dialyse thuis, overeenkomstig de regeling die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld.

2.1.20 **Organtransplantaties**

2.1.20.1 **Ontvanger**

Vergoeding wordt verleend voor de kosten van:

- transplantatie van uitsluitend de volgende donororganen: huid, hoornvlies, beenmerg, nier, hart, nier/pancreas, long, hart/long, bot en lever (orthotoop);
- weefseltyperingen in verband met transplantatie, gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS).

2.1.20.2 **Donor**

Vergoeding wordt verleend voor de kosten van:

- verpleging en behandeling van de donor, die een orgaan afstaat ten behoeve van de onder artikel 2.1.20.1 bedoelde ontvanger;
- medische behandeling van de donor, mits die behandeling verband houdt met die selectie of verwijdering;
- verpleging van de donor op basis van de klasse waarvoor deze is verzekerd.

2.1.21 **Plastische chirurgie**

Vergoeding wordt verleend voor de kosten van plastische chirurgie, indien:

- sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte dan wel een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking;
- voor de behandeling VOORAF TOESTEMMING is verleend door de verzekeraar.

2.1.22 **Second opinion**

Vergoeding wordt verleend van de kosten van consultatie van een andere arts of medisch-specialist.

2.1.23 **Trombosedienst**

Vergoeding wordt verleend voor de kosten van zorg door de trombosedienst op voorschrift van een medisch-specialist of huisarts.

2.2 **Vrije keuze/Opneming in een hogere klasse**

2.2.1 **Vrije keuze**

De verzekerde is vrij in de keuze van de zorgverlener/zorgverlenende inrichting of instantie.

2.2.2 **Opneming in een hogere klasse**

Bij opneming in een hogere dan de verzekerde klasse wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de verzekerde klasse.

2.3 **Uitsluitingen**

Geen aanspraak op vergoeding van kosten bestaat:

2.3.1 voor ziekten en afwijkingen, welke reeds bestonden voor het aanvragen van de verzekering of bij uitbreiding van de dekking (verhoging van de verpleegklasse of verlaging van het eigen risico), indien de verzekeringnemer of de verzekerde daarvan toen reeds kennis droeg of klachten ondervond.

Het bovenstaande is niet van toepassing:

- indien de verzekeringnemer de verzekeraar van de bewuste ziekten, afwijkingen of klachten schriftelijk op de hoogte heeft gebracht en de verzekeraar daarvoor bij het aanvaarden van de verzekering of de uitbreiding van de dekking geen bijzondere voorwaarden heeft gesteld;
- bij een uitbreiding van de dekking zoals bedoeld in artikel 10.1.

2.3.2 indien en voor zover een verzekerde aanspraak heeft of zou hebben gehad in geval deze verzekering niet zou hebben bestaan, of vergoeding uit hoofde van een andere verzekering of voorziening dan wel op grond van een wettelijke regeling.

2.3.3 voor de behandeling van aandoeningen veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, onverschillig hoe deze reacties zijn ontstaan.

- a. Deze uitsluiting geldt niet voor schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en worden gebruikt of zijn bestemd om te worden gebruikt voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik,

- opslag en ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225).
- b. Het onder a. vermelde is niet van toepassing wanneer krachtens de Nederlandse of een buitenlandse wet een derde aansprakelijk is voor de geleden schade.
- 2.3.4 voor de behandeling van aandoeningen veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie.
De zes genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank in Den Haag is gedeponereerd.
- 2.3.5 voor celtherapie, chelatietherapie, vaccinaties, keuringen en het afgeven van attesten.
- 2.3.6 voor fertiliteitbevorderende behandelingen voor zover niet genoemd in artikel 2.1.17.
- 2.3.7 voor de volgende onderdelen van farmaceutische zorg:
- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland;
 - ongeregistreerde farmaceutische producten, tenzij de verzekerde lijdt aan een in Nederland zelden voorkomende ziekte. Hiervoor is TOESTEMMING VOORAF van de verzekeraar noodzakelijk en dient de Hoofdinspecteur toestemming voor invoer van dat farmaceutische product te hebben verleend voor het daarbij aangegeven doel.
 - homeopathische en antroposofische geneesmiddelen
- 2.3.8 voor tandheelkundige implantaten en de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak.
- 2.3.9 voor het ongedaan maken van een vrijwillig ondergane sterilisatie
- 2.3.10 voor vorm- en/of aspectveranderende behandelingen van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.
- 2.3.11 voor de verschuldigde eigen bijdragen krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en van bevolkingsonderzoeken.
- 2.3.12 voor onderzoek en behandelingen door een psycholoog

3 **ALGEMEEN**

3.1 **Grondslag van de verzekering**

3.1.1 **Aanvraag**

Het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier alsmede schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk verstrekt, vormen met de bij een eventuele keuring door verzekerde verstrekte gegevens de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daarvan deel uit.

3.1.2 **Verzwijging**

De verzekeraar is geen vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door hem te bepalen tijdstip te beëindigen, indien de mededelingen in het aanvraagformulier dan wel de afzonderlijke gegevens, in strijd waren met de waarheid of omstandigheden werden verzwegen, welke van dien aard zijn, dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien de verzekeraar daarvan kennis had gedragen.

3.2 **Kinderen**

Voor kinderen, geboren tijdens de duur van de verzekering, is de verzekering vanaf de geboorte van kracht ongeacht eventueel aangeboren ziekten of afwijkingen, mits:

- zij binnen een maand na hun geboorte aan de verzekeraar ter verzekering zijn voorgedragen;
- alle daarvoor in aanmerking komende kinderen zijn verzekerd op deze polis.

3.3 **Begin en einde van het recht op vergoeding**

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover gemaakt tijdens de periode gedurende welke deze verzekering van kracht is, waarbij de datum van behandeling bepalend is.

3.4 **Strekking van de verzekering**

Vergoeding wordt verleend van kosten verbonden aan medische behandeling:

- voor elke op het polisblad genoemde verzekerde;
- voor zover de kosten zijn verzekerd volgens artikel 2 en zijn omschreven in artikel 1;
- mits en zolang de behandeling medisch noodzakelijk is en deze medische noodzaak kan worden aangetoond;
- tot ten hoogste de rechtsgeldige tarieven of tot het tarief dat door of namens de verzekeraar is overeengekomen met de zorgverlener/zorgverlenende inrichting of instantie.

Indien en voor zover de verzekeraar meer vergoedt dan hij krachtens één van de polisvoorwaarden is verplicht, wordt de verzekerde geacht aan de verzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de verzekeraar van het door of namens verzekerde teveel betaalde.

3.5 **Registratie van 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.

Op deze registratie is een privacy-reglement van toepassing, hetgeen ter inzage ligt bij de verzekeraar.

3.6 **Verrekening**

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

3.7 **Fraude**

Ieder recht op uitkering vervalt indien een verzekerde ter verkrijging van vergoeding van verzekerde kosten een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan. In een dergelijk geval heeft de verzekeraar het recht de verzekering met een opzegtermijn van 30 dagen te beëindigen.

4 **ACCEPTATIE**

4.1 Degenen, die ter verzekering worden aangemeld zullen een gezondheidsverklaring volgens het gebruikelijke model moeten invullen, aan de hand waarvan het aangeboden risico door de verzekeraar zal worden beoordeeld.

4.2 Verzekerden kunnen desgewenst per eerstkomende hoofdvervaldatum voor een hogere klasse-verpleging verzekerd worden, indien de verzekeraar, na ontvangst van een gezondheidsverklaring, mededeelt tegen deze uitbreiding geen bezwaar te hebben.

5 **VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERINGNEMER/VERZEKERDE**

De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht:

- 5.1 de behandelend huisarts of medisch-specialist te machtigen de reden van opname aan de medisch adviseur van de verzekeraar bekend te maken.
- 5.2 om bij niet-klinische medisch-specialistische en paramedische behandeling een verwijzing van de huisarts of tandarts te overleggen, indien door de verzekeraar hierom wordt gevraagd.

- 5.3 om de TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar, zoals die is vereist voor een aantal behandelingen en verstrekkingen, op een zodanig tijdstip aan te vragen, dat de verzekeraar in de gelegenheid wordt gesteld alle gewenste inlichtingen te verkrijgen en zonodig nadere voorwaarden te stellen aan de voorgenomen behandeling of verstrekking.
- 5.4 om de door de verzekeraar gestelde nadere voorwaarden strikt in acht te nemen.
- 5.5 desgevraagd aan de verzekeraar, aan zijn medisch adviseur of aan hen, die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie.
- 5.6 de originele nota's binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de verzekeraar in te dienen. De verzekerde dient hierbij gebruik te maken van een door de verzekeraar te verstrekken declaratieformulier. Bepalend voor het recht op uitkering is de behandeldatum en de datum van leverantie, niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.
- 5.7 computernota's gewaarmerkt door de zorgverlener in te (laten) dienen.
- 5.8 alle nota's op zodanige wijze te laten specificeren dat, zonder verdere navraag, hieruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden.
- 5.9 de verzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde.

Wanneer de belangen van de verzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van de hiervoor vermelde verplichtingen, behoeft de verzekeraar geen kosten te vergoeden.

6 PREMIE

6.1 Premiebetaling

De verzekeringnemer is verplicht de premie – waaronder bijdragen die voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen – en de kosten, hierna te noemen de premie, vooruit te betalen uiterlijk op de dertigste dag nadat deze verschuldigd zijn.

6.2 Niet-betaling

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, gelden de volgende bepalingen:

- de verzekeraar kan schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, onder mededeling, dat bij niet-voldoening binnen de gestelde termijn, de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen;

- indien de verzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer;
- de dekking wordt weer van kracht op de dag, volgende op die, waarop het verschuldigde bedrag, inclusief de kosten van invordering, door de verzekeraar is ontvangen.

Voor de kosten van behandeling waartoe de noodzaak of de verwachting om die te maken zich geopenbaard heeft in de tijd waarin de dekking was opgeschort, is geen vergoeding verschuldigd.

7 EIGEN RISICO

- 7.1 Van de verzekerde kosten is het op het polisblad genoemde eigen risico per kalenderjaar voor rekening van de verzekerde.
- 7.2 Indien voor een onderdeel van het verzekerde pakket een maximum vergoedingsbedrag is vermeld, dan blijft dit maximum zowel voor de toepassing van het eigen risico, als voor de eventuele uitkering daarna, onverminderd van kracht.
- 7.3 Indien een opname in een ziekenhuis niet eindigt in het kalenderjaar waarin deze begint, is voor die opname slechts één keer het gekozen eigen risico van toepassing.
- 7.4 Indien de eerste verzekeringsperiode niet gelijk is aan een kalenderjaar wordt het op het polisblad vermelde eigen risico voor die periode verminderd met 1/12 voor iedere vóór de ingangsdatum reeds verstreken maand van het kalenderjaar, met dien verstande dat het bedrag van het eigen risico voor die periode niet lager wordt gesteld dan 1/4 van het voor deze verzekering geldende eigen risico.
- 7.5 Bij schorsing of beëindiging van de verzekering zal restitutie noch vermindering van het eigen risico plaatsvinden.
- 7.6 Wijziging van het geldende eigen risico kan slechts geschieden per 1 januari van een kalenderjaar. Een verzoek om verlaging van het eigen risico dient vergezeld te gaan van een nieuw ingevuld en ondertekend aanvraagformulier.
- 7.7 **Elektronisch notaverkeer**
 Het door de verzekeraar voorgeschoten en door de verzekeringnemer c.q. verzekerde verschuldigde bedrag (inclusief eigen risico) dient op het eerste schriftelijke verzoek van de verzekeraar aan hem te worden terugbetaald. Indien de verzekeringnemer c.q. verzekerde niet tijdig voldoet aan deze verplichting gelden de volgende bepalingen:

- de verzekeraar kan schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, onder mededeling dat bij niet tijdige voldoening binnen de gestelde termijn, de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na datum postmerk van berichtgeving tot betaling van het verschuldigde bedrag. De verzekeringnemer c.q. de verzekerde blijft verplicht de betaling te voldoen;
- de dekking wordt weer van kracht op de dag, volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag, inclusief eventuele kosten, door de verzekeraar is ontvangen.

Bij beëindiging van de polis, zal de vordering van het verschuldigde bedrag onmiddellijk plaatsvinden.

7.8 Eventuele uitkeringen krachtens de (S)SPP vormen onderdeel van de maximumvergoedingen krachtens de meerdekking.

8 OPZEGGING, BEEINDIGING EN VOORTZETTING VAN DE VERZEKERING

- 8.1 De verzekering neemt ten aanzien van de verzekerde een einde door overlijden. De achterblijvende gezinsleden kunnen verzekerd blijven.
- 8.2 Tenzij anders is overeengekomen eindigt de verzekering voor elke verzekerde 30 dagen na de datum waarop de verzekerde ophoudt Nederlands ingezetene te zijn.
- 8.3 Indien tijdens de looptijd van dit contract de verzekering voor bepaalde verzekerden overbodig wordt tengevolge van een wettelijke verzekering die dekking geeft voor de onder dit contract verzekerde kosten, zal de maatschappij deze verzekering ten aanzien van de betrokken verzekerden beëindigen.
- 8.4 Bij verandering van werkgever bestaat recht op voortzetting van de verzekering op soortgelijke individuele voorwaarden eventueel in combinatie met de Standaardpakketpolis (om de eventuele combinatie te kunnen beoordelen dient een gezondheidsverklaring te worden overlegd). Onder deze individuele voorwaarden wordt niet verstaan de voorwaarden van een tandartskostenverzekering. Hiervoor geldt wel selectie. Indien verzekerde op de collectieve verzekering dekking voor tandartskosten had, bestaat de mogelijkheid deze dekking, met inbegrip van bestaande beperkingen en uitsluitingen, te verzekeren op basis van de van toepassing zijnde tandartsdekking op het gekozen individuele product.
- 8.5 Bij collectief ontslag als gevolg van faillissement of sanering van de verzekeringnemer bestaat minimaal recht op een individuele Standaardpakketpolis. Desgewenst kan de verzekering na medische beoordeling op individuele basis worden voortgezet tegen de alsdan geldende individuele premie en voorwaarden.

In de situaties genoemd in artikel 8.1 tot en met 8.5 vindt restitutie van de betaalde premie plaats vanaf de dag waarop de wijziging plaatsvond.
Een reeds ingehouden eigen risico zal niet gerestitueerd worden.

- 8.6 Verzekerden, die tijdens de looptijd van dit contract gebruikmaken van een VUT-regeling of WAO-gerechtigde werknemers kunnen op dezelfde voorwaarden verzekerd blijven zolang het collectieve contract van kracht is.
- 8.7 De verzekering eindigt bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd. De betrokken verzekerde heeft vanaf de eerste van de maand waarin de 65-jarige leeftijd wordt bereikt recht op een Standaardpakketpolis.
- 8.8 De premie voor meeverzekerde kinderen geldt tot het bereiken van de 21-jarige leeftijd. Op de eerstvolgende vervaldatum na het bereiken van deze leeftijd zal de premie worden verhoogd tot het bedrag dat volgens de betreffende verzekerde klasse verschuldigd is voor personen van 21 jaar en ouder.
Uitzondering hierop bestaat indien er aanspraak bestaat op kinderbijslag, uitkering uit hoofde van de Wet op de Studiefinanciering, de Wet Toeslag op Studiekosten of op buitengewone lastenaf trek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge artikel 9 Uitvoeringsregeling Inkomstenbelasting 1990.
Voor kinderen van 27 jaar en ouder is steeds de volwassenpremie verschuldigd.
- 8.9 De verzekeraar behoudt zich het recht voor, indien door de maatregelen hierboven aangegeven of door andere oorzaken, 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.
- 8.10 De verzekeraar verklaart hierbij dat zij deze polis ten aanzien van een verzekerde nimmer zal opzeggen op grond van een ongunstig schadeverloop van de verzekering.

9 WIJZIGINGEN

9.1 Melding

De verzekeringnemer is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het verzekerde gezin en iedere verandering die invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit deze verzekeringsovereenkomst voortvloeien, zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de verzekeraar mee te delen.

Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:

- het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enige andere publiekrechtelijke ziektekostenregeling (zoals IZA, IZR);
- verhuizing;
- huwelijk;

- samenwoning/samenleving;
- wijziging van de gezinssamenstelling;
- wijziging van bank- of postbanknummer.

Indien door het nalaten van het hierboven bepaalde de belangen van de verzekeraar worden geschaad, vervalt een eventueel recht op restitutie van premie en behoeft de verzekeraar geen kosten te vergoeden.

9.2 Adres

Kennisgevingen door de verzekeraar aan de verzekeringnemer, gericht aan haar/zijn bij verzekeraar laatstbekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

9.3 Ziekenfonds/publiekrechtelijke ziektekostenregeling

9.3.1 Toetreding

Toetreding tot een ziekenfonds of een publiekrechtelijke ziektekostenregeling dient schriftelijk aan de verzekeraar te worden gemeld zodra deze toetreding aan de verzekeringnemer bekend is.

9.3.2 Beëindiging

Beëindiging van de verzekering voor de verzekerde die toetreedt tot een ziekenfonds of een publiekrechtelijke ziektekostenregeling geschiedt zodra de verzekeraar het bewijs van inschrijving in het ziekenfonds of de publiekrechtelijke ziektekostenregeling (of een kopie daarvan) ter inzage heeft ontvangen.

10 HERZIENING VAN PREMIE EN/OF VOORWAARDEN

10.1 Herziening

- De verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van de verzekering, premies en eigen risico van de bij hem lopende polissen en bloc dan wel groepsgewijze te herzien.
- Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de verzekeraar vast te stellen datum. De verzekeraar doet van een herziening mededeling.
- De herziening van de premie geschiedt ongeacht de wijziging welke voortvloeit uit de verhoging ten gevolge van de koppeling van de premie aan de leeftijd van de verzekerde.

10.2 Recht van opzegging

- De verzekeringnemer heeft het recht met een dergelijke herziening niet akkoord te gaan.
- Indien de verzekeringnemer dit binnen 30 dagen na aankondiging van een dergelijke wijziging schriftelijk aan de verzekeraar heeft meegedeeld, wordt de verzekering beëindigd per bedoelde datum, met restitutie van premie over de niet verstreken periode waarover de premie is betaald.

Deze mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing:

- bij een herziening van de premie en/of voorwaarden, die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen, daaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat;
- bij een verlaging van de premie en/of vermeerdering van de dekking;
- bij een herziening, die onmiddellijk voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door een verzekerde.

10.3 **Voortzetting verzekering**

Heeft de verzekeraar voor de 31e dag na de onder 10.1 genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

11 **VRIJWARING VAN AANSPRAKELIJKHEID**

De verzekeraar is jegens de verzekeringnemer niet aansprakelijk voor schade door haar/hem geleden als gevolg van enige daad of nalatigheid van een persoon of instelling, niet zijnde de verzekeraar, tot wie of welke de verzekeringnemer of de verzekerde zich heeft gewend om haar/zijn aanspraak op een vergoeding in het kader van de Algemene Voorwaarden geldend te maken.