



## Deel A - 1

# Algemene bepalingen AEGON Zorgverzekering

---

### INHOUDSOPGAVE

- BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN	Artikel 1
- GRONDSLAG VAN DE ZORGVERZEKERING	Artikel 2
- VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERDE	Artikel 3
- OVERIGE BEPALINGEN	Artikel 4 Fraude
	Artikel 5 Onrechtmatige inschrijving
	Artikel 6 Betalingsverplichtingen
	Artikel 7 Kennisgeving relevante gebeurtenissen
	Artikel 8 Herziening van premie of voorwaarden
	Artikel 9 Begin en einde van de zorgverzekering
	Artikel 10 Geschillen
	Artikel 11 Registratie van persoonsgegevens
	Artikel 12 Uitsluitingen
	Artikel 13 Lidmaatschap Vereniging ONVZ
	Artikel 14 Materieel controleren

## BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

### Artikel 1 *Arts*

Een arts die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).

### *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)*

Een volksverzekering die zware geneeskundige risico's dekt die niet onder de zorgverzekering vallen.

### *Bekkentherapeut*

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG en die tevens als bekkentherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

### *Bedrijfsarts*

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC) ingesteld Register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

### *Body Mass Index*

Body Mass Index (BMI) is een index voor het gewicht in verhouding tot de lichaamslengte. Het BMI wordt berekend door het lichaamsgewicht in kilo's te delen door de lengte in meters en de uitkomst nog een keer te delen door de lengte.

### *Burgerservicenummer (BSN)*

Een uniek persoonsnummer dat automatisch wordt verkregen bij een eerste inschrijving bij een Nederlandse gemeente.

### *Bureau Jeugdzorg*

Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de jeugdzorg.

### *Centrum voor bijzondere tandheelkunde*

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

### *Centrum voor erfelijkheidsadvies*

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

### *Dagbehandeling*

Opname korter dan 24 uur.

### *Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)*

Een DBC omschrijft door middel van een DBC-prestatiecode het geheel van prestaties van zorgaanbieders voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor een cliënt de zorgaanbieders consulteert. Het DBC traject omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het 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.

### *Dienstenstructuur*

Een door huisartsen beheerde rechtspersoon, die is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

### *Diëtist*

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

*Eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ*

Diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is niet nodig.

*Ergotherapeut*

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

*Ernstige dyslexie*

Een specifieke lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die genetisch is bepaald en te onderscheiden is van andere lees- en spellingsproblemen.

*EU- en EER-staat*

Naast Nederland maken tevens de volgende lidstaten deel uit van de Europese Unie: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, 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.

*Farmaceutische zorg*

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

*Fysiotherapeut*

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

*Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD)*

De GGD is een regionale organisatie aangesloten bij GGD Nederland die in opdracht van een gemeente werkt aan een gezonde(re) samenleving en zich inzet voor de bewaking, bescherming en bevordering van de volksgezondheid.

*Gezondheidszorgpsycholoog*

Een gezondheidszorgpsycholoog die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG.

*GGZ-instellingen*

Instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren en als zodanig zijn toegelaten.

*Huidtherapeut*

Een huidtherapeut die als volwaardig lid staat ingeschreven bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten en die krachtens de Wet BIG gerechtigd is de aangegeven titel te voeren.

*Huisarts*

Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingesteld Register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

*Hulpmiddelenzorg*

De voorziening in de behoefte aan de door de Regeling zorgverzekering aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

*Jeugdgezondheidszorgarts*

Een arts die is ingeschreven als jeugdgezondheidszorgarts in het Register Arts Maatschappij en Gezondheid of het profielregister jeugdgezondheidszorg.

*Kaakchirurg*

Een tandartsspecialist die als kaakchirurg is ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

*Kinderfysiotherapeut*

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

*Kinder- en Jeugdpsycholoog*

Een Kinder- en Jeugdpsycholoog die als zodanig, als volwaardig lid staat ingeschreven in het register van het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP).

*Klinisch psycholoog*

Een gezondheidszorgpsycholoog die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG.

*Kraamcentrum*

Een instelling die, conform bij of krachtens de wet gestelde regels, als zodanig is toegelaten.

*Leefstijladviseur*

Een medewerker binnen de huisartsenpraktijk die mensen begeleidt en coacht met als doel de positieve determinanten van gezond gedrag te beïnvloeden. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met de huisarts, praktijkondersteuner, fysiotherapeut, diëtist en lokale aanbieders van sport- en beweegactiviteiten.

*Logopedist*

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

*Manueel therapeut*

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

*Medisch adviseur*

Een arts die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

*Medisch-specialist*

Een arts die als medisch-specialist is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

*Mondhygiënist*

Een mondhygiënist die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied mondhygiënist en die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

*Oedeemtherapeut*

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG en die tevens is ingeschreven als oedeemtherapeut in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

*Oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar*

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

*Onvoorziene behandeling in het buitenland*

Acute medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in het buitenland.

*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.

*Orthodontist*

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

*Orthopedagoog-generalist*

Een orthopedagoog-generalist die als zodanig staat geregistreerd in het register van de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

*Protocol dyslexie diagnostiek en behandeling*

Het protocol, ontwikkeld aan de Universiteit van Maastricht onder begeleiding van het College voor Zorgverzekeringen, dat als leidraad dient voor het diagnosticeren, indiceren en behandelen van cliënten met dyslexie met als doel het beschrijven van de optimale zorg voor cliënten met dyslexie, gebaseerd op de huidige wetenschappelijke, beroepsinhoudelijke en maatschappelijke inzichten.

*Psychiater/zenuwarts*

Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Daar waar psychiater staat kan ook zenuwarts gelezen worden.

*Psychotherapeut*

Een psychotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG.

*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 wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

*Specialistische GGZ*

Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is nodig.

*Tandarts*

Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG.

*Tandprotheticus*

Een tandprotheticus die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus en die krachtens de Wet BIG gerechtigd is de aangegeven titel te voeren.

*Thuiszorginstelling*

Een organisatorisch verband dat conform wet- en regelgeving zorg ten huize van een patiënt verleent, al dan niet binnen de AWBZ. De instelling moet zijn aangesloten bij, dan wel lid zijn van, de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) of de Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN).

*Verblijf*

Opname met een duur van 24 uur of langer.

*Verdragslanden*

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

*Verloskundige*

Een verloskundige die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG.

*Verzekerde*

Ieder die als zodanig op de zorgpolis, polisaanhangsel of verzekeringspas is vermeld.

*Verzekeringnemer*

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

*Verzekeringsplichtige*

Degene die op grond van artikel 2 van de Zorgverzekeringswet verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.

*Voorziene behandeling in het buitenland*

Medisch noodzakelijke, niet-acute zorg in het buitenland.

*Wet BIG*

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

*Ziekenhuis (waaronder begrepen Zelfstandig behandelcentrum)*

Een instelling voor medisch-specialistische zorg (IMSZ) die bij of krachtens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) als zodanig is toegelaten.

*Zorgverzekeraar*

Zorgverzekeraar is ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. De maatschappij is gevestigd aan De Molen 66, te Houten.

*Zorgverzekering*

De AEGON Basis Zorgverzekering.

## GRONDSLAG VAN DE ZORGVERZEKERING

### Artikel 2

- lid 1 De zorgverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichtingen, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De zorgverzekering is vastgelegd in de zorgpolis, bedoeld in artikel 1 sub h en i van de Zorgverzekeringswet, en kan worden gesloten met of ten behoeve van verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland, alsmede met of ten behoeve van in het buitenland wonende verzekeringsplichtigen.
- lid 2 De zorgverzekeraar verstrekt de zorgpolis als bewijs van de zorgverzekering.

## Deel A-1

- lid 3 De aanspraak op vergoeding van kosten krachtens de zorgverzekering wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. De verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding van kosten van zorg voor zover hij op de betreffende zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- lid 4 De verzekerde heeft - met inachtneming van deze polisvoorwaarden - recht op vergoeding van zorgkosten voor zover de kosten zijn gemaakt tijdens de periode waarin de zorgverzekering van kracht is. Hierbij is de behandel- of leveringsdatum bepalend, niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Ingeval de nota betrekking heeft op een DBC worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum van de DBC binnen de looptijd van de zorgverzekering valt.
- lid 5 De kosten van zorg op basis van de zorgverzekering kunnen -behoudens eigen bijdragen en eigen risico- door de verzekerde bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd, tenzij er een overeenkomst bestaat tussen zorgverlener en zorgverzekeraar op grond waarvan rechtstreeks wordt gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan rechtstreeks betalen aan degene die de betreffende zorg heeft geleverd. De betreffende betaling geldt dan eveneens als bevrijdend tegenover de verzekerde. Als de uitkering rechtstreeks aan de zorgverlener wordt betaald, worden de bedragen van eigen risico's, niet verzekerde kosten en eigen bijdragen aan de verzekerde voorgesloten.
- De zorgverzekeraar kan de eerstvolgende uitkeringen van vergoedingen uit hoofde van één of meer zorgverzekeringen van de verzekeringnemer verrekenen met de bedragen die voor de verzekerde zijn voorgesloten. Als verrekening niet mogelijk is, ontvangt de verzekeringnemer een nota.
- lid 6 Indien de zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de zorgverzekering gehouden is, wordt verzekerde geacht aan de zorgverzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de zorgverzekeraar van het aan de zorgverlener teveel betaalde.

## VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERDE

### Artikel 3

- lid 1 De verzekerde is verplicht:
1. bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een geldig legitimatiebewijs in de zin van artikel 1 van de Wet op de identificatieplicht;
  2. de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien deze daarom vraagt;
  3. aan de zorgverzekeraar, zijn medisch adviseur of degene die met de controle is belast, medewerking te (laten) verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van privacyregelgeving;
  4. de zorgverzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
  5. binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar te melden dat hij gedetineerd is, in verband met de wettelijke bepaling inzake de opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van detentie.
- lid 2 In voorkomende gevallen de originele nota's in de Nederlandse, Duitse, Engelse, Franse of Spaanse taal binnen 36 maanden bij de zorgverzekeraar in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Voor de administratieve afhandeling is het echter wenselijk de nota's zo snel mogelijk na ontvangst in te dienen in verband met eventueel te verrekenen openstaande eigen risico bedragen en/of geldende eigen bijdragen.
- De nota moet zodanig zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag kan worden vastgesteld tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Indien de nota in een andere dan bovengenoemde talen is opgesteld kan de zorgverzekeraar verzoeken om vertaling, eventueel door een beëdigd tolk of vertaalbureau. De kosten daarvan zijn voor rekening van de verzekerde.

## Deel A-1

Indien een nota betrekking heeft op een DBC aangevangen voor de einddatum van de zorgverzekering worden de betreffende kosten geacht te zijn gemaakt tijdens de looptijd van de zorgverzekering.

lid 3 Het niet nakomen van (één van) bovengenoemde verplichtingen kan leiden tot het niet vergoeden van de aanspraak.

## OVERIGE BEPALINGEN

### Artikel 4 Fraude

Verlies van uitkering en einde zorgverzekering:

1. De zorgverzekeraar vordert vergoede kosten terug verbandhoudende met het geven van een verkeerde voorstelling van zaken, vervalste of misleidende stukken. Dit omvat tevens gemaakte onderzoekskosten.
2. De zorgverzekeraar heeft het recht per datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overgelegd de verzekeringsovereenkomst te beëindigen.
3. De zorgverzekeraar heeft het recht een onderzoek uit te voeren, wanneer er een redelijk vermoeden bestaat dat er een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven.

In voorkomende gevallen kan de zorgverzekeraar:

- a. aangifte doen bij de politie;
- b. registratie doen in de tussen zorgverzekeraars erkende signaleringssystemen.

### Artikel 5 Onrechtmatige inschrijving

lid 1 Indien ten behoeve van een verzekerde een zorgverzekering tot stand komt en later blijkt dat deze geen verzekeringsplicht had, vervalt de zorgverzekering met terugwerkende kracht tot het moment waarop de eventuele verzekeringsplicht niet (langer) bestaat.

lid 2 De zorgverzekeraar zal de premie vanaf de dag waarop de eventuele verzekeringsplicht niet (langer) bestaat verrekenen met de vanaf dat moment verstrekte vergoedingen en het saldo aan de verzekeringnemer betalen, dan wel bij hem in rekening brengen.

### Artikel 6 Betalingsverplichtingen

lid 1 De verzekeringnemer is premie voor de zorgverzekering verschuldigd.

lid 2 Voor de zorgverzekering is geen premie verschuldigd voor de verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

lid 3 De verschuldigde premie voor de zorgverzekering is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele premiekorting.

lid 4 De verzekeringnemer is verplicht de verschuldigde premie op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen.

Indien bij een betalingstermijn van een kwartaal, halfjaar of jaar de premie niet – tijdig – wordt betaald, is de zorgverzekeraar gerechtigd de termijn te wijzigen in een maand.

Bij wijziging van de zorgverzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie door te berekenen c.q. te restitueren.



## Deel A-1

Het is de verzekeringnemer niet toegestaan de te betalen premie te verrekenen met van de zorgverzekeraar te vorderen vergoedingen.

- lid 5 Indien de verzekeringnemer niet -tijdig- voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, niet verzekerde kosten, eigen risico's en eigen bijdragen, kan de zorgverzekeraar na de (premie)vervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling van het verschuldigde. Daarbij wordt erop gewezen dat bij niet voldoening (volgens artikel 7:934 BW) binnen 14 dagen, hetzij, (1) de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de (premie)vervaldag, hetzij, (2) de verzekering wordt beëindigd. De verzekeringnemer blijft verplicht het verschuldigde te voldoen.

Voor zover de dekking krachtens het bepaalde in de voorgaande alinea tijdelijk niet zou gelden, wordt deze pas weer van kracht op de dag volgend op die waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door de zorgverzekeraar zijn ontvangen, tenzij sprake is van de situatie zoals bedoeld in artikel 9, lid 4 en de zorgverzekeraar daarop een beroep doet.

Indien de zorgverzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle redelijke kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer.

- lid 6 In geval van overlijden van de verzekerde vindt restitutie c.q. verrekening van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.

- lid 7 De rechten en plichten uit de zorgverzekering worden van rechtswege opgeschort over de periode dat verzekerde ten gevolge van een rechterlijke uitspraak gedetineerd wordt. Zodra de detentie eindigt herleven deze rechten en plichten derhalve weer. Verzekerde is verplicht binnen 30 dagen na de beëindiging van de detentie de zorgverzekeraar hiervan op de hoogte te brengen.

### Artikel 7 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

- lid 1 De verzekeringnemer of de verzekerde is verplicht binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de zorgverzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, detentie, niet meer verzekerd zijn op basis van de AWBZ, het aantreden als militair in werkelijke dienst e.d.. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer of de verzekerde worden verzonden naar hun bij de Gemeentelijke Basisadministratie bekende adres.

- lid 2 Bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd door een verzekerde wordt voor de zorgverzekering een premie berekend overeenkomend met een zorgverzekering zonder vrijwillig eigen risico, tenzij de verzekeringnemer of verzekerde voorafgaand aan het bereiken van de 18-jarige leeftijd aan de zorgverzekeraar kenbaar heeft gemaakt voor een vrijwillig eigen risico te kiezen.

### Artikel 8 Herziening van premie of voorwaarden

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

- lid 2 De verzekeringnemer die niet met een herziening van de voorwaarden of de premie van de verzekering akkoord gaat kan de zorgverzekering beëindigen, tenzij de herziening rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De beëindiging dient schriftelijk te worden meegedeeld aan de zorgverzekeraar tegen de dag waarop de herziening ingaat of gedurende één maand nadat aan de verzekeringnemer mededeling van de herziening is gedaan.

## Deel A-1

- lid 3 Heeft de zorgverzekeraar binnen de in lid 2 genoemde reactietermijnen geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen, dan wordt de zorgverzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.
- lid 4 Een herziening in de grondslag van de premie van de zorgverzekering treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld.
- lid 5 Een toegekende collectiviteitkorting op de zorgverzekering komt te vervallen indien niet meer wordt voldaan aan de in de collectieve verzekeringsovereenkomst gestelde voorwaarden voor het verkrijgen van deze korting.
- lid 6 Indien niet meer wordt voldaan aan de in de collectieve verzekering gestelde voorwaarden voor het verkrijgen van een toegekende collectiviteitkorting zal de zorgverzekering worden voortgezet op individuele condities.

### Artikel 9 Begin en einde van de zorgverzekering

- lid 1 De zorgverzekering gaat in op de op het polisblad vermelde ingangsdatum. De ingangsdatum is de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek tot het sluiten van de zorgverzekering van de verzekeringnemer heeft ontvangen, dan wel op verzoek van de verzekeringnemer een latere dag. Vanaf 1 januari daarop volgend vindt van jaar tot jaar verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar, tenzij de zorgverzekeraar uiterlijk op 31 december een schriftelijke opzegging van de zorgverzekering van de verzekeringnemer heeft ontvangen.
- lid 2 Indien de zorgverzekering ingaat binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, wordt als ingangsdatum aangehouden de dag waarop die plicht ontstond.
- lid 3 Indien deze zorgverzekering ingaat binnen één maand nadat een eerdere zorgverzekering is geëindigd door opzegging met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de voorwaarden en/of de premie, dan zal deze zorgverzekering met terugwerkende kracht ingaan op de dag waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.
- lid 4 Nadrukkelijk wordt bepaald dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de zorgverzekering te beëindigen, behoudens in een geval als bedoeld in artikel 4 van deel A-1 (fraude) en na het verstrijken van de in artikel 6, lid 5 genoemde termijn indien de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling van het verschuldigde.
- lid 5 De zorgverzekering eindigt met ingang op de dag volgende op de dag waarop de verzekerde is overleden.
- lid 6 De zorgverzekering eindigt automatisch op het tijdstip waarop de verzekerde niet meer verzekerd is op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.
- lid 7 Voorts eindigt de zorgverzekering indien de zorgverzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren of de verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar komt te wonen. De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer uiterlijk 2 maanden voordat een zorgverzekering eindigt, van deze beëindiging op de hoogte, onder vermelding van de reden en de datum waarop de verzekering eindigt.
- lid 8 De verzekeringnemer heeft met het aangaan van een nieuw dienstverband het recht de verzekering tussentijds op te zeggen, indien de opzegging verband houdt met de overstap van de collectieve verzekering van de voormalige werkgever naar de collectieve verzekering van de nieuwe werkgever. De ingangsdatum van de nieuwe collectieve verzekering dient aan te sluiten op de einddatum van de voormalige collectieve verzekering. De verzekeringnemer kan de voormalige zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband ingaat. Zowel de opzegging als de

## Deel A-1

inschrijving hebben geen terugwerkende kracht en gaan beide in per de eerste van de kalendermaand waarin deze zijn gedaan.

- lid 9 De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan de zorgverzekering opzeggen indien die andere verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd. In afwijking hiervan gaat een opzegging in met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering wordt verzekerd, indien die opzegging eerder dan de laatstbedoelde dag door de zorgverzekeraar is ontvangen.

### Artikel 10 Geschillen

- lid 1 Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.
- lid 2 Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door de zorgverzekeraar genomen beslissing kan hij de zorgverzekeraar verzoeken zijn beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de Afdeling Cliëntenservice van de zorgverzekeraar.
- lid 3 Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet door de zorgverzekeraar wordt gereageerd, dan wel de zorgverzekeraar gemotiveerd aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of de verzekerde een geschil betreffende de zorgverzekering voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het betreffende reglement.

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen:

Postbus 291, 3700 AG Zeist

Telefoon: 030 698 83 60

E-mail: info@skgz.nl

Internet: www.skgz.nl

- lid 4 Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet door de zorgverzekeraar wordt gereageerd, dan wel de zorgverzekeraar gemotiveerd aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of de verzekerde zich eveneens wenden tot de bevoegde rechter.
- lid 5 Verzekerden kunnen beklag doen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over door de zorgverzekeraar gehanteerde formulieren. Een dergelijk beklag heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Een uitspraak van de NZa strekt de zorgverzekeraar en de verzekerde tot bindend advies.

Nederlandse Zorgautoriteit

T.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt

Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

Telefoon: 0900 770 70 70

E-mail: informatielijn@nza.nl

Internet: www.nza.nl

### Artikel 11 Registratie van persoonsgegevens

- lid 1 De bij de aanvraag van een zorgverzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door de zorgverzekeraar gevoerde persoonsregistratie. Deze gegevens worden bijvoorbeeld gebruikt om de verzekeringnemer of de verzekerde te informeren over producten en zorgdiensten van de zorgverzekeraar of het verstrekken van informatie of advies. De zorgverzekeraar behoudt zich in het kader van de uitvoering van de zorgverzekering het recht voor persoonsgegevens aan derden te verstrekken en wisselt adres- en verzekeringsgegevens uit met een zorgverlener waar een verzekerde onder behandeling is. De zorgverzekeraar biedt de mogelijkheid adresgegevens af te schermen, indien er

## Deel A-1

sprake is van omstandigheden die redelijkerwijs leiden tot de conclusie dat afscherming geboden is. De Wet bescherming persoonsgegevens wordt bij een en ander in acht genomen.

- lid 2 De zorgverzekeraar is wettelijk verplicht het burgerservicenummer (BSN) in de administratie op te nemen. De zorgaanbieder, dan wel andere dienstverleners van zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet, zijn wettelijk verplicht het BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. De zorgverzekeraar zal in de communicatie met partijen die zorg als hiervoor aangegeven leveren, het BSN gebruiken.

### Artikel 12 Uitsluitingen

- lid 1 Uit hoofde van de zorgverzekering bestaat geen aanspraak op de vergoeding van kosten voor:
1. eigen bijdragen krachtens de AWBZ en die in verband met bevolkingsonderzoek;
  2. aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
  3. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
  4. alternatieve geneeswijzen;
  5. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
  6. prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, indien de verzekerde jonger is dan 36 jaar en hiervoor geen medische indicatie heeft;
  7. kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgaas ter zake van verloskundige zorg;
  8. declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;
  9. de (buitengerechtelijke) incasso- en aanmaningskosten bij het niet tijdig betalen van de nota('s) aan zorgverlener(s) door verzekerden;
  10. schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 3:38 Wet op het financieel toezicht.
- lid 2 Voor schade door terrorisme is de uitkeringsplicht van de verzekeraar beperkt. Het eventueel uit te keren bedrag is gelijk aan hetgeen hij ontvangt onder de herverzekering die ondergebracht is bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). Indien de verzekeraar zich niet op bedoelde wijze heeft herverzekerd dan is de uitkeringsplicht beperkt tot de situatie alsof hij wel tot herverzekering zou zijn overgegaan. De NHT-herverzekering biedt dekking tot maximaal € 1 miljard per kalenderjaar. Dit bedrag kan jaarlijks worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars tezamen.
- Onder terrorisme wordt verstaan: gewelddadige handelingen, kwaadwillige besmetting of handelingen ter voorbereiding van een en ander waarbij aannemelijk is dat deze zijn beraamd of uitgevoerd met het doel politieke, religieuze of ideologische doelen te verwezenlijken. Preventieve maatregelen zijn daaronder begrepen.
- lid 3 Ingeval van een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering, heeft de verzekerde, in aanvulling op de in lid 2 vermelde prestaties, recht op bij nadere regeling te bepalen aanvullende prestaties, als bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering.

**Artikel 13 Lidmaatschap Vereniging ONVZ**

De verzekeringnemer treedt met het sluiten van een zorgverzekering met de zorgverzekeraar toe als lid van de Vereniging ONVZ. Indien deze zorgverzekering onderdeel uitmaakt van een collectief contract geldt echter dat de betrokken contractant lid wordt. Indien men ten aanzien van meerdere zorgverzekeringen verzekeringnemer is, kan men maar eenmaal toetreden als lid. Beëindiging van de betreffende zorgverzekering heeft beëindiging van het lidmaatschap van de Vereniging tot gevolg.

**Artikel 14 Materieel controleren**

De zorgverzekeraar heeft het recht materiële controle(s) uit te voeren. Hierbij gaat de zorgverzekeraar na of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en of die geleverde prestatie was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.

# Deel A – 2

## Algemene bepalingen AEGON Aanvullende Verzekering

---

### INHOUDSOPGAVE

#### - TOEPASSELIJKHEID ALGEMENE BEPALINGEN VOOR DE AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Artikel 1

#### - BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN Artikel 2

#### - OVERIGE BEPALINGEN Artikel 3 Grondslag van de aanvullende verzekering

Artikel 4 Begin en einde van de aanvullende verzekering

Artikel 5 Verzwijging

Artikel 6 Toeslag

Artikel 7 Uitsluitingen

## TOEPASSELIJKHEID ALGEMENE BEPALINGEN VOOR DE AANVULLENDE VERZEKERINGEN

- Artikel 1** De Algemene Bepalingen beschreven in dit deel zijn uitsluitend van toepassing op de aanvullende verzekering. De Algemene Bepalingen genoemd in deel A-1 zijn eveneens van toepassing op de aanvullende verzekering, indien de betreffende bepaling, gelet op de inhoud en strekking daarvan, zich daar niet tegen verzet en met uitzondering van de volgende, in deel A-1 opgenomen, artikelen:
- artikel 2, lid 1
  - artikel 2, lid 3
  - artikel 6, lid 2
  - artikel 7, lid 2

## BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

- Artikel 2** *Aanvullende verzekering*  
Alle verzekeringen behoudens de AEGON Basis Zorgverzekering, de AEGON Basis Internationaal en de AEGON Buitenland.

### *Acupuncturist*

Een in Nederland gevestigde arts of behandelaar die volwaardig lid is van een door de verzekeraar erkende beroepsorganisatie voor acupuncturisten. De door de verzekeraar erkende beroepsorganisaties zijn te raadplegen via [www.aegonziektkosten.nl/polisvoorwaarden](http://www.aegonziektkosten.nl/polisvoorwaarden) of na te vragen bij de verzekeraar.

### *Alternatieve geneeswijzen*

Behandelingen en/of onderzoeksmethoden die genezing of behandeling van een ziekte tot doel hebben, maar in de reguliere geneeskunde niet worden erkend. Het wetenschappelijk bewijs, volgens de methoden en standaards van de reguliere geneeskunde, ontbreekt.

### *Behandelaar*

Een zorgverlener die volwaardig lid is van een door de verzekeraar erkende beroepsorganisatie. Een opgave van de door de verzekeraar erkende beroepsorganisaties is bij hem verkrijgbaar. De hulp die wordt verleend, dient in de beroepsgroep als gebruikelijk te worden aanvaard en dient te worden berekend volgens de officiële dan wel in de beroepsgroep algemeen gebruikelijke tarieven. Voor zover een beroepsorganisatie normtarieven hanteert, zijn deze leidend. De door de verzekeraar erkende beroepsorganisaties zijn tevens te raadplegen via [www.aegonziektkosten.nl/polisvoorwaarden](http://www.aegonziektkosten.nl/polisvoorwaarden).

### *Chiropractor*

Een in Nederland gevestigde behandelaar die volwaardig lid is van een door de verzekeraar erkende beroepsorganisatie voor chiropractoren. De door de verzekeraar erkende beroepsorganisaties zijn te raadplegen via [www.aegonziektkosten.nl/polisvoorwaarden](http://www.aegonziektkosten.nl/polisvoorwaarden) of na te vragen bij de verzekeraar.

### *Geregistreerde geneesmiddelen*

Geneesmiddelen die in één van de productgroepen geregistreerd zijn in het register van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen.

### *Herstellingsoord*

Een instelling voor kortdurende individuele 24-uurs zorg aan personen die na een lichamelijke ziekte en/of daaraan verbonden medische behandeling gedurende 24 uur per dag tijdelijke opvang, begeleiding en verpleging nodig hebben of in afwachting van een medische behandeling voor een lichamelijke aandoening niet zelfstandig thuis kunnen verblijven.

### *Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen*

Geneesmiddelen die door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen als geregistreerd geneesmiddel zijn opgenomen in de productgroep homeopathische geneesmiddelen (HM) van de Z-index Taxe of zijn opgenomen in de productgroep antroposofische geneesmiddelen (HA) van de Z-index Taxe, en die zijn voorgeschreven door een arts of behandelaar.

#### *Hospice*

Een verblijfshuis waar ernstig zieke mensen in de laatste fase van hun leven worden begeleid en verzorgd door professionele zorgverleners en vrijwilligers. De hospice dient een AWBZ toelating te hebben of een overeenkomst met een zorgkantoor.

#### *Lactatiekundige*

Een in Nederland gevestigde behandelaar die volwaardig lid is van een door de verzekeraar erkende beroepsorganisatie voor lactatiekundigen. De door de verzekeraar erkende beroepsorganisaties zijn te raadplegen via [www.aegonziektekosten.nl/polisvoorwaarden](http://www.aegonziektekosten.nl/polisvoorwaarden) of na te vragen bij de verzekeraar.

#### *Medische noodzaak*

De noodzaak van onderzoek, behandeling of verpleging waarbij dit door de wetenschap binnen de Europese Unie voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden en deze zorg noodzakelijk, doelmatig en niet uitsluitend cosmetisch van aard is.

#### *Niet geneesmiddel*

Geneesmiddelen die door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen als geneesmiddel zijn opgenomen in de productgroep Niet Geneesmiddel (NG) van de Z-index Taxe.

#### *Ongeval*

Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van de verzekerde, van buitenaf en buiten zijn wil, waardoor medisch aantoonbaar fysiek letsel is veroorzaakt.

#### *Orthoptist*

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

#### *Osteopaat*

Een in Nederland gevestigde behandelaar die volwaardig lid is van een door de verzekeraar erkende beroepsorganisatie voor osteopaten. De door de verzekeraar erkende beroepsorganisaties zijn te raadplegen via [www.aegonziektekosten.nl/polisvoorwaarden](http://www.aegonziektekosten.nl/polisvoorwaarden) of na te vragen bij de verzekeraar.

#### *Podoloog*

Een in Nederland gevestigde behandelaar die volwaardig lid is van een door de verzekeraar erkende beroepsorganisatie voor podologen. De door de verzekeraar erkende beroepsorganisaties zijn te raadplegen via [www.aegonziektekosten.nl/polisvoorwaarden](http://www.aegonziektekosten.nl/polisvoorwaarden) of na te vragen bij de verzekeraar.

#### *Podotherapeut*

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

#### *Preventief medisch onderzoek*

Preventieve behandelingen en/of onderzoeken uitgevoerd door een medisch-specialist of door een huisarts, met uitzondering van onderzoek in het kader van de Wet op het bevolkingsonderzoek.

#### *Sportarts*

Een in Nederland gevestigde arts, die is geregistreerd in het register van de sociaalgeneeskundigen op grond van de wet BIG in het daartoe aangewezen register. De arts is opgeleid in de sociale geneeskunde en houdt als sportarts praktijk.

#### *Verzekeraar*

Verzekeraar is ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. De maatschappij is gevestigd aan De Molen 66, te Houten.

#### *Zelfzorggeneesmiddelen*

Een geneesmiddel dat conform de Geneesmiddelenwet zonder recept verkrijgbaar is.



### *Ziekenvervoer*

Vervoer binnen Nederland dat om medische redenen met een ander dan een openbaar vervoermiddel plaatsvindt. Dit vervoer vindt plaats vanwege een medisch onderzoek of medische behandeling.

## **OVERIGE BEPALINGEN**

### **Artikel 3 Grondslag van de aanvullende verzekering**

- lid 1 Als grondslag voor de aanvullende verzekering geldt:
1. het aanvraagformulier;
  2. gegevens die door de verzekeringnemer of de verzekerde afzonderlijk zijn verstrekt, alsmede indien de verzekering onderdeel uitmaakt van een collectieve overeenkomst, de collectieve verzekeringsovereenkomst.
- lid 2 De verzekeraar verstrekt de polis als bewijs van de aanvullende verzekering.
- lid 3 De verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding van kosten van zorg voor zover sprake is van een medische noodzaak.

### **Artikel 4 Begin en einde van de aanvullende verzekering**

- lid 1 Voor de verzekerde die verhuist naar een woon- of verblijfplaats buiten Nederland geldt het volgende:
1. de aanvullende verzekering eindigt zodra verzekerde verhuist naar het land buiten Nederland;
  2. de verzekeraar kan de verzekerde een andere aanvullende verzekering aanbieden;
  3. verzekerde kan een aanvraag indienen voor een hogere dekking dan onder 2. aangeboden.
- Verzekerde die verhuist naar een woon- of verblijfplaats buiten Nederland en niet meer verzekerd is op grond van de Zorgverzekeringswet of een ziektekostenverzekering in het woonland, kan door verzekeraar een internationale verzekering worden aangeboden.
- lid 2 Een toegekende collectiviteitskorting op de aanvullende verzekering komt te vervallen indien niet meer wordt voldaan aan de in de collectieve verzekeringsovereenkomst gestelde voorwaarden voor het verkrijgen van deze korting. Bij strijdigheid tussen een bepaling van een aanwezige collectieve verzekeringsovereenkomst en een aanvullende verzekering is de bepaling van de collectieve verzekeringsovereenkomst van doorslaggevende betekenis.
- lid 3 Voor kosten waarvan de noodzaak of de verwachting ze te maken zich geopenbaard heeft in de tijd dat de dekking was geschorst, is geen vergoeding verschuldigd.

### **Artikel 5 Verwijzing**

- lid 1 Indien bij het aangaan van de aanvullende verzekering bij kennis van de ware stand van zaken een aanvullende verzekering met mindere dekking zou zijn aangeboden, wordt een schadeclaim beoordeeld aan de hand van deze dekking. Indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen aanvullende verzekering zou hebben gesloten, bestaat geen recht op uitkering. Dat is tevens het geval indien is gehandeld met het opzet hem te misleiden.
- lid 2 De verzekeraar kan de verzekering beëindigen in geval van het niet nakomen van de mededelingsplicht indien de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden of indien bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou zijn gesloten.

## **Artikel 6 Toeslag**

lid 1 Indien in het land waarin verzekerde woonachtig is een heffing of belasting wordt opgelegd, brengt de verzekeraar een toeslag in rekening op de premie ter hoogte van bedoelde heffing of belasting.

lid 2 De verzekeraar brengt een jaarlijks te bepalen toeslag in rekening op de premie, indien verzekeringnemer (een) aanvullende verzekering(en) heeft afgesloten, niet in combinatie met de zorgverzekering. De hoogte van de toeslag is vermeld op de premietabel.

## **Artikel 7 Uitsluitingen**

Uit hoofde van de aanvullende verzekering bestaat naast het in artikel 12 lid 1 sub 8, 9 en 10 en lid 2 van deel A-1 vermelde geen aanspraak op vergoeding van kosten:

1. indien, zo deze aanvullende verzekering niet bestond, door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak gemaakt zou kunnen worden op uitkering van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging en/of behandeling op grond van een andere overeenkomst, al dan niet van oudere datum, of op grond van een wettelijke regeling;
2. van door de verzekeringnemer of de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen of het verplicht en/of vrijwillige eigen risico ingevolge een (buitenlandse) wettelijke regeling anders dan de eigen bijdragen voor hulp zoals verzekerd op grond van deel B (omvang dekking) van deze aanvullende verzekering;
3. van hetgeen niet vergoed wordt onder een natura zorgverzekering (of een mixvariant met een naturadekking) indien de voor verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door de betrokken zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder maar verzekerde zich desalniettemin heeft gewend tot een niet-gecontracteerde zorgverlener;
4. die gemaakt zijn vóór de ingangsdatum van deze aanvullende verzekering en van kosten gemaakt ná de datum van beëindiging van deze aanvullende verzekering. Dit geldt ook wanneer die kosten voortvloeien uit een oorzaak die tijdens de duur van de aanvullende verzekering is opgekomen;
5. ter zake van consulten, behandelingen, of genees- en/of hulpmiddelen verleend, voorgeschreven of verstrekt door een verzekerde ten behoeve van zichzelf of binnen een gezin door een gezinslid ten behoeve van een verzekerde, tenzij de verzekeraar hiervoor toestemming heeft verleend;