

Collectieve Ziektekostenverzekering Standaard

Polisvoorwaarden

Inhoud van de polis

1 Begripsomschrijvingen	
2 Omvang van de verzekering	
Abortus	2.13
Audiologisch centrum	2.24
Beademing chronisch intermitterend	2.17
Bevalling	2.8
Brillen of contactlenzen	2.32
Buitenland	2.18
Cesartherapie	2.21
Dieetadvies	2.27
Dieetpreparaten	2.30
Erfelijkheidsonderzoek	2.26
Ergotherapie	2.23
Fertiliteitsbevorderende behandelingen	2.5
Fysiotherapie	2.21
Geneesmiddelen	2.29
Huisarts	2.28
Hulpmiddelen	2.7
Kraamzorg	2.9
Leukemie bij kinderen (SNWLK)	2.14
Logopedie	2.22
Medisch-specialistische zorg	2.20
Mensendiecktherapie	2.21
Nierdialyse	2.15
Opname in een lagere dan de verzekerde klasse	2.33
Plastische chirurgie	2.4
Preventieve geneeskunde	2.35
Privé-kliniek	2.4
Revalidatie	2.7
Second opinion	2.34
Sterilisatie	2.12
Tandheelkundige hulp	2.10
Thuisverpleging	2.19
Transplantatie	2.16
Trombosedienst	2.25
Verbandmiddelen	2.32
Zelfstandig behandelcentrum	2.2
Ziekenhuisopname en medische specialistische hulp	2.1
Ziekenvervoer	2.11
3 Diensten Managed Care	
4 Uitsluitingen	
5 Algemeen	
6 Verplichtingen van verzekeringnemer	
7 Premie en eigen risico	
8 Herziening van premie en voorwaarden	
9 Contracttermijn	
10 Tussentijdse wijzigingen	
11 Klachten	
12 Rubriek klasseverzekering	
Clausule terrorismedekking	

Verzekeringsvoorwaarden

1 Begripsomschrijvingen

1.1 De verzekeraar

Deze verzekering wordt namens De Amersfoortse geadmistreerd en is voor rekening en risico van Fortis Ziektekostenverzekeringen NV.

1.2 Audiologische zorg

Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering

over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psychosociale zorg indien noodzakelijk door problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

1.3 AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

1.4 Bijkomende kosten

De medische kosten die, naast de verpleegkosten en de kosten van medisch-specialistische behandeling, door de instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht.

Deze kosten houden rechtstreeks verband met en zijn gemaakt tijdens een opname in een ziekenhuis, dan wel tijdens de niet-klinische medisch-specialistische zorg (zoals kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoeken, bloedtransfusies, geneesmiddelen en gebruik van de operatiekamer).

1.5 Centrum voor bijzondere tandheelkunde

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

1.6 Centrum voor erfelijkheidsadvies

Een in Nederland gevestigde instelling die volgens de bij wet gestelde regels is toegelaten voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

1.7 Dagverpleging

Een korter dan 24 uur durende bedverpleging in een ziekenhuis, waarvan de noodzaak te voorzien is door het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een medisch-specialist.

1.8 Diagnosebehandelcombinatie (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een zgn. DBC prestatiecode, door het CTG vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische hulp. Dit omvat de zorgvraag, zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag, en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

1.9 Ergotherapeut

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

1.10 EU- en EER-lidstaat

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

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

1.11 Farmaceutische zorg

De bij ministeriële Regeling aangewezen onderdelen van farmaceutisch zorg, zoals vermeld in de regeling Farmaceutische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland.

1.12 Fysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden, als

bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de wet BIG.

1.13 Gezin

De op het polisblad vermelde personen, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk huishouden, ter beoordeling van de verzekeraar.

1.14 Huisarts

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

1.15 Hulpmiddelen

De bij ministeriële Regeling vastgestelde lijst van hulpmiddelen, zoals vermeld in de Regeling Hulpmiddelen van de verzekeraar.

1.16 Kaakchirurg

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

1.17 Kaakchirurgische zorg

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

1.18 Kinderfysiotherapeut

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

1.19 Kraamcentrum

Een volgens bij wet gestelde regels als zodanig erkende instelling alsmede een door de verzekeraar erkend kraamcentrum.

1.20 Kraamzorg

De zorg verleent door een aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorgende.

1.21 Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een in Nederland gevestigd laboratorium, dat volgens bij wet gestelde regels als zodanig is toegelaten.

1.22 Logopedist

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

1.23 Manueel therapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG en die tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

1.24 Medisch adviseur

De arts die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

1.25 Medische noodzaak

Onderzoek, verpleging of behandeling, als gebruikelijk, noodzakelijk en doelmatig aan te merken, dit ter beoordeling van de medisch adviseur. In het kader van de gebruikelijkheid van de behandeling geldt dat deze door de internationale wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk moet zijn bevonden.

1.26 Medisch-specialist

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

1.27 Medisch-specialistische zorg

Zorg of onderzoek volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is en behorend tot het specialisme waarvoor de medisch-specialist is ingeschreven.

1.28 Oedeemtherapeut

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

1.29 Oefentherapeut Cesar en oefentherapeut Mensendieck

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

1.30 Ongeval

Onder ongeval wordt verstaan een plotselinge uitwendige onvrijwillige geweldsinwerking op het lichaam van de verzekerde. Onder ongeval wordt bovendien verstaan:

- bevriezing, zonnesteek, blikseminslag en andere elektrische ontladingen;
- verdrinking, verstikking (niet ten gevolge van ziekte) en verbranding, behalve door natuurlijke of kunstmatige bestraling;
- acute vergiftiging en ook de schadelijke gevolgen van het ongewild binnen krijgen van vreemde voorwerpen, infectieziekten en allergieën of bloedvergiftiging in aansluiting op verwonding ten gevolge van een ongeval;
- besmetting ten gevolge van een onvrijwillige val in water of in enige andere stof;
- uitputting, verhogering en verdorping ten gevolge van schipbreuk, watersnood, noodlanding, instorting, insneeuwing of invriezing en dergelijke;
- verstuiking, ontwrichting en verrekking van spieren, banden en/of pezen door plotselinge kennelijk overmatige krachtsinspanning.
- Complicaties en verergering van het ongevalsletsel als direct gevolg van eerstehulpverlening of van een door een ongeval noodzakelijk geworden behandeling, mits deze behandeling is verricht door of op voorschrift van een geneeskundige.

Onder ongeval wordt in ieder geval niet verstaan:

- ingewandsbreuk, lendespit (lumbago) en hernia;
- geestelijke stoornissen of geestelijke reacties op een ongeval zonder geneeskundig vast te stellen hersenletsel.

1.31 Opname

Opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, als 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.

1.32 Orthodontist

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

1.33 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 volgens de bij wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

1.34 SOS International

BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International.

Hoogoorddreef 58, 1101 BE Amsterdam

Telefoon (020) 651 51 51, fax (020) 651 51 09.

1.35 Tandarts

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

1.36 Tandprotheticus

Een in Nederland gevestigd tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit 'opleidings-eisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

1.37 Verloskundige

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

1.38 Verpleegkundige

Een in Nederland gevestigde verpleegkundige, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

1.39 Verzekerde

Ieder die als zodanig op de polis of op het polisaanhangsel is vermeld.

1.40 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

1.41 Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

1.42 Zelfstandig behandelcentrum

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

1.43 Ziekenhuis

Een in Nederland gevestigde inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis volgens de bij wet gestelde regels is toegelaten. Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlands Astma Centrum te Davos.

1.44 Ziekenverzorgende

Een in Nederland gevestigde verzorgende (VIGGER of MDGO-vp), die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 34 van de wet BIG.

2 Omvang van de dekking

Voor elke verzekerde wordt vergoeding verleend van de kosten verbonden aan medische behandeling, mits en zolang deze behandeling medisch noodzakelijk is, en voor zover verzekerd en hierna omschreven. Met inachtneming van hetgeen elders in de polis is bepaald, worden ten hoogste vergoed de tarieven, zoals deze zijn vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) krachtens de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Als voor bepaalde behandelingen geen geldige (CTG) tarieven zijn vastgesteld bestaat geen recht op vergoeding van gedeclareerde kosten. Door het ziekenhuis wordt het DBC tarief in rekening gebracht. Indien de DBC-declaratie is aangevangen in het voorgaande kalenderjaar, dient deze gedeclareerd te worden bij de verzekeraar, waar een verzekerde bij aanvang van de verzekering verzekerd is.

Als en voor zover de verzekeraar meer vergoedt dan waartoe zij op grond van het bovenstaande gehouden is, wordt de verzekerde geacht aan de verzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de verzekeraar van het door verzekerde aan de zorgverlener teveel betaalde.

Recht op vergoeding bestaat uitsluitend als aan alle voorwaarden en gestelde eisen is voldaan.

Rubriek A

2.1 Ziekenhuisopname en medische specialistische hulp

Vergoeding

- Volledig.
- Voor de kosten van medisch-specialistische hulp door middel van het DBC Tarief.
- Als het ziekenhuis geen DBC Tarief in rekening brengt, geldt vergoeding voor:
 - De kosten van medisch specialistische zorg, door het ziekenhuis in rekening gebracht.
 - De kosten van opname in het ziekenhuis.
 - De kosten van dagverpleging.
 - Bijkomende kosten.

Voorwaarden

- Het DBC Tarief in rekening gebracht door het ziekenhuis.
- Indien de verzekeraar met het ziekenhuis een tarief is overeengekomen, wordt vergoeding van de zorg verleend op basis van dit tarief. Als geen tarief is overeengekomen, wordt het tarief vergoed dat door het ziekenhuis in rekening wordt gebracht.

2.2 Zelfstandig behandelcentrum

Vergoeding

- Volledig.
- Voor de kosten van onderzoek, behandeling en verpleging door middel van het DBC Tarief.

Voorwaarden

- Als geen DBC tarief is afgesproken geldt vergoeding tot maximaal de geldende CTG tarieven.
- Uitgevoerd in een zelfstandig behandelcentrum.
- Indien de DBC-declaratie is aangevangen in het voorgaande kalenderjaar, dient deze gedeclareerd te worden bij de verzekeraar, waar een verzekerde bij aanvang van de verzekering verzekerd is.
- Na (schriftelijke) toestemming vooraf door de verzekeraar.

2.3 Privé-kliniek

Vergoeding

- Volledig door middel van het DBC Tarief.
- Voor de kosten van een poliklinische behandeling of dagverpleging.

Voorwaarden

- Als geen DBC tarief is afgesproken geldt vergoeding tot maximaal de geldende CTG tarieven.
- Uitgevoerd door een medisch-specialist in een in Nederland gelegen privé-kliniek.
- Na (schriftelijke) toestemming vooraf door de verzekeraar.

2.4 Plastische chirurgie

Vergoeding

- Volledig door middel van het DBC Tarief.

Voorwaarden

- Als geen DBC tarief is afgesproken geldt vergoeding tot maximaal de geldende CTG tarieven.
- Bij operaties waarbij de aanleiding niet voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval, ziekte of een afwijking die bij de geboorte aanwezig en

geconstateerd is.

- Na (schriftelijke) toestemming vooraf door de verzekeraar.

2.5 Fertiliteitbevorderende behandelingen

Vergoeding

- Volledig door middel van het DBC Tarief.
- Voor de kosten van operatieve ingrepen, hormoonbehandelingen en kunstmatige inseminatie.
- Voor de kosten van maximaal drie pogingen in-vitrofertilisatie per gewenste zwangerschap. Per poging geldt een eigen bijdrage van € 360,-.

Voorwaarden

- Als geen DBC tarief is afgesproken geldt vergoeding tot maximaal de geldende CTG tarieven.
- Bij een algemeen geaccepteerde medische indicatie.
- Uitgevoerd in een vergunninghoudend ziekenhuis.

2.6 Revalidatie

Vergoeding

- Volledig.
- Voor de kosten van revalidatie en revalidatiedagbehandeling.

Voorwaarden

- Op voorschrift van revalidatiearts.
- Aan te vragen met een behandelplan.
- Na (schriftelijke) toestemming vooraf door de verzekeraar.

2.7 Hulpmiddelen

Vergoeding

- Volgens de Regeling Hulpmiddelen van de verzekeraar.
- Voor de kosten van aanschaf, bruikleen, correctie, vervanging of herstel van medische hulpmiddelen.

Voorwaarden

- De hulpmiddelen zijn noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd. Dit beoordeelt de verzekeraar.
- Als de hulpmiddelen door een leverancier geleverd zijn die de verzekeraar heeft gecontracteerd, vindt geen aftrek van het eigen risico plaats.
- Op voorschrift van de behandelend arts of medisch-specialist.
- de verzekeraar kan nadere voorwaarden stellen.
- Na (schriftelijke) toestemming vooraf door de verzekeraar.
- De Regeling Hulpmiddelen maakt deel uit van de polisvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

2.8 Bevalling

2.8.1 Bevalling thuis

Vergoeding

- Volledig.
- Voor het honorarium van de verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg).

Voorwaarden

- Uitgevoerd door een huisarts of verloskundige.
- Als de bevalling niet (geheel) thuis plaatsvindt, geldt vergoeding volgens de artikelen 2.8.2 of 2.8.3.

2.8.2 Bevalling poliklinisch

Vergoeding

- Volledig door middel van het DBC Tarief.
- Voor de kosten van een poliklinische bevalling in een ziekenhuis.
- Voor het honorarium van de verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg).

Voorwaarden

- Als het ziekenhuis geen poliklinische bevalling in rekening brengt, geldt vergoeding volgens artikel 2.8.3

2.8.3. Bevalling in een ziekenhuis

(medisch-noodzakelijk)

Vergoeding

- Volledig door middel van het DBC Tarief.
- Voor de kosten van een opname in de verzekerde klasse.
- Voor de bijkomende kosten van het ziekenhuis.
- Voor het honorarium van de verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg).

Voorwaarden

- Bij medisch noodzakelijk verblijf.

2.9 Kraamzorg

De toekomstige kraamvrouw kan kiezen uit een kraamzorguitkering, kraamzorg in natura of vergoeding voor zorg in een kraamzorghotel.

2.9.1 Kraamzorghotel

Vergoeding

- Tot maximaal € 150,- per dag en gedurende maximaal tien dagen gerekend vanaf de dag van de bevalling.
- Voor de kosten van verblijf in een kraamzorghotel.

Voorwaarden

- Verblijf in een erkend kraamzorghotel.
- De maximale vergoeding is voor moeder en kind tezamen.
- De toekomstige kraamvrouw is op de dag van geboorte van de baby verzekerd.

2.9.2 Kraamzorguitkering

Vergoeding

- Een kraamzorguitkering van maximaal € 1.500,-.
- Als binnen tien dagen, met ingang van de dag van geboorte, een ziekenhuisopname plaatsvindt, dan wordt voor iedere gedeclareerde verpleegdag € 150,- in mindering gebracht op de kraamzorguitkering. De dag van ontslag wordt niet in mindering gebracht op de kraamzorguitkering.

Voorwaarden

- De toekomstige kraamvrouw is op de dag van geboorte van de baby verzekerd.

2.9.3 Kraamzorg in natura

Vergoeding

- Volledig.
- Voor de kosten van een gediplomeerd kraamverzorgende.

Voorwaarden

- Kraamzorg wordt geleverd door een door de verzekeraar gecontracteerd kraamcentrum.
- Een aanvraagformulier voor kraamzorg in natura dient ten minste zes maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum te worden ingediend. Voor informatie kunt u contact opnemen met de afdeling Managed Care.
- De toekomstige kraamvrouw is op de dag van geboorte van de baby verzekerd.

2.10 Tandheelkundige hulp

2.10.1 Kaakchirurgische zorg (niet-klinisch)

Vergoeding

- Volledig door middel van het DBC Tarief.
- Zie voor vergoeding van tandheelkundige implantaten artikel 2.10.2.

Voorwaarden

- Als geen DBC tarief is afgesproken geldt vergoeding tot maximaal de geldende CTG tarieven.
- Op voorschrift van een huisarts of tandarts.

2.10.2 Tandheelkundige implantaten

Vergoeding

- Volledig door middel van het DBC Tarief.

Voorwaarden

- Als geen DBC tarief is afgesproken geldt vergoeding tot maximaal de geldende CTG tarieven.

- Bij een ernstig geslonken tandeloze kaak, waarbij de implantaten dienen als steun voor een overkappingprothese.
- Uitgevoerd door een kaakchirurg.
- Aan te vragen met een behandelplan.
- Na (schriftelijke) toestemming vooraf door de verzekeraar.
- Geen toestemming wordt verleend als de behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

2.10.3 Orthodontische behandeling in bijzondere gevallen

Vergoeding

- Volledig.

Voorwaarden

- Bij een schisisafwijking (lip-, kaak- of verhemeltespleet) of bij een vergelijkbare zeer ernstige orthodontische afwijking, na een kaakchirurgische operatie.
- Na (schriftelijke) toestemming vooraf door de verzekeraar.

2.10.4 Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

Vergoeding

- 90%.
- Voor de kosten van bijzondere tandheelkundige behandelingen.

Voorwaarden

- Bij een lichamelijke aandoening of een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking, die heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel.
- Het betreft uitsluitend de volgende tandheelkundige afwijkingen:
 - a. Het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn.
 - b. Een kaakgewrichtafwijking (pijndysfunctie-syndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts, 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 gnatofalatoschisis)
 - e. Een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect)
 - f. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar geldt dat voor rubriek a en c ook recht op vergoeding bestaat bij vervanging van een of meerdere ontbrekende blijvende snijtanden (en/of hoektanden). De ontbrekende tanden moeten wel het gevolg zijn van het niet aangelegd zijn of het gevolg zijn van een ongeval.

- Uitgevoerd in een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum.
- De behandeling vereist een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid.
- Aan te vragen met een behandelplan.
- Na (schriftelijke) toestemming vooraf door de verzekeraar.

2.10.5 Tandheelkundige hulp bij een lichamelijke en/of geestelijke handicap

Vergoeding

- Volledig.

Voorwaarden

- Bij een lichamelijke en/of geestelijke handicap waardoor een langere behandeltime nodig is dan normaal.
- Als er geen recht bestaat op vergoeding volgens de AWBZ.
- Na (schriftelijke) toestemming vooraf door de verzekeraar.

2.10.6 Gebitsprothese

Vergoeding

- 75% van de kosten van een uitneembare, volledige prothetische voorziening voor de onder- en/of bovenkaak, inclusief techniekkosten.
- Volledig voor de kosten van rebasen en repareren van de volledige gebitsprothese voor de onder- en/of bovenkaak.

Voorwaarden

- Uitgevoerd door een tandarts of tandprotheticus.
- Bij plaatsing en vervaardiging door een tandarts vergoeding van een immediaatprothese, een overkappingsprothese op natuurlijke elementen en een vervangingsprothese.
- Bij plaatsing en vervaardiging door een tandprotheticus alleen vergoeding van een vervangingsprothese.
- Als de prothetische voorziening is vervaardigd en geplaatst door een tandarts of tandprotheticus is geen toestemming vereist als de totale kosten maximaal € 500,- (inclusief techniekkosten) bedragen per onder- en /of bovenkaak.
- Tevens is geen toestemming vereist als de prothese (uitgezonderd de immediaatprothese) langer dan acht jaar geleden is aangeschaft.
- Na (schriftelijke) toestemming vooraf door de verzekeraar.

2.10.7 Mesostructuur en prothese op implantaten

Vergoeding

- Volledig, met een eigen bijdrage van € 90,- per overkappingprothese per kaak.
- Voor de kosten van een uitneembare, volledige overkappingprothese op implantaten, inclusief de techniekkosten.
- Voor de kosten van de mesostructuur.
- Voor de kosten van rebasen en repareren van een bestaande overkappingprothese in de onder- en/of bovenkaak.

Voorwaarden

- Vervaardigd en geplaatst door een tandarts.
- Als de overkappingprothese of de mesostructuur wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, komt in plaats van de UPT-code het door het CTG goedgekeurde uurtarief voor vergoeding in aanmerking.
- Na (schriftelijke) toestemming vooraf door de verzekeraar.

2.10.8 Tandheelkundige hulp tot de leeftijd van 18 jaar

Vergoeding

- Volledig tot maximaal € 250,-.
- Voor de kosten van tandheelkundige hulp.
- Onder dit artikel wordt niet vergoed de kosten van orthodontie (artikel 2.10.9).

Voorwaarden

- Uitgevoerd door een tandarts.

2.10.9 Orthodontie tot de leeftijd van 18 jaar

Vergoeding

- Tot maximaal € 750,- per verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering.
- Voor de kosten van orthodontie.

Voorwaarden

- Uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.

2.11 Ziekenvervoer

Vergoeding

- Volledig voor de kosten van vervoer per helikopter, ambulance of taxi.
- Maximaal € 0,20 per kilometer bij vervoer per auto.

Voorwaarden

- Als met het oog op de gezondheid de verzekerde niet met het openbaar vervoer kan reizen.
- Vervoer dient verband te houden met verpleging, onderzoek of behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van de verzekeraar komen of vervoer vindt plaats naar en van een inrichting waar verzekerde ten laste van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.
- Vervoer per helikopter dient verband te houden met een ziekenhuisopname.
- Op voorschrift van een arts of medisch-specialist.

2.12 Sterilisatie

Vergoeding

- Volledig.
- Voor de kosten van sterilisatie bij de man of vrouw.

Voorwaarden

- Er bestaat ook recht op een vergoeding als de medische noodzaak niet aanwezig is.
- Uitgevoerd in een ziekenhuis.

2.13 Abortus

Vergoeding

- Volledig.

Voorwaarden

- Er bestaat ook recht op vergoeding als de medische noodzaak niet aanwezig is.
- Uitgevoerd door een medisch-specialist in een ziekenhuis of in een in Nederland gevestigde door de overheid erkende kliniek die speciaal voor bovengenoemde behandeling is ingericht.

2.14 Leukemie bij kinderen (SNWLK)

Vergoeding

- Volledig.
- Voor de kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmerg-preparaten.

Voorwaarden

- Gedecclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).

2.15 Nierdialyse

Vergoeding

- Volledig.
- Voor de kosten van nierdialyse in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch).
- Voor de kosten van psychosociale begeleiding.
- Voor de kosten van nierdialyse bij verzekerde thuis.
- Voor de kosten van niet-medische kosten bij thuisdialyse.
- Voor de kosten verband houdend met de opleiding door het dialysecentrum van degene die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn.

Voorwaarden

- Niet-medische kosten bij thuisdialyse omvat de vergoeding voor:
 - kosten voor redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat.
 - overige kosten die rechtstreeks met de dialyse samenhangen, maar waarvoor geen vergoeding voorzien is in een wettelijke regeling.
- De psychosociale begeleiding wordt verleend door het dialysecentrum.
- Na (schriftelijke) toestemming vooraf door de verzekeraar.

2.16 Transplantatie

Vergoeding

- Volledig.

- Voor de kosten van orgaantransplantaties en weefselypering.
- Voor de verpleging en de behandeling van de donor tijdens de transplantatie.
- Voor de behandeling door een medisch-specialist voor de donor gedurende ten hoogste drie maanden na ontslag uit het ziekenhuis.

Voorwaarden

- Bij de transplantatie van de volgende donororganen: huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart, long, hart/long, nier/pancreas en lever (orthotoop).
- Weefselypering gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS).
- De opname van de donor vindt plaats op basis van de verzekerde klasse waarvoor de donor verzekerd is.
- De verpleging en de behandeling van de donor dient verband te houden met de desbetreffende transplantatie.

2.17 Beademing chronisch intermitterend

Vergoeding

- Volledig.
- Voor de kosten van mechanische beademing.
- Voor de kosten van ter beschikking gestelde apparatuur bij verzekerde thuis.

Voorwaarden

- Uitgevoerd door een beademingscentrum, erkend door de bevoegde overheidsinstantie.
- Op voorschrift van een medisch-specialist.

2.18 Buitenland

2.18.1 Buitenland, bij spoedeisende hulp

Vergoeding

- Volledig.
- Tot maximaal twee keer het Nederlands tarief voor opname in een ter plaatse algemeen erkend ziekenhuis tot maximaal 365 dagen per ziektegeval, behandeling door een medisch-specialist, huisarts en geneesmiddelen. Het Nederlandse tarief is het rechtsgeldige tarief dat in Nederland voor een overeenkomstige behandeling is vastgesteld.
- Voor medisch noodzakelijk ambulancevervoer of taxi naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis of de dichtstbijzijnde medisch-specialist.
- Voor de kosten van repatriëring naar Nederland.

Voorwaarden

- Bij spoedeisende medische noodzakelijke hulp in het buitenland.
- Verblijf in buitenland gedurende maximaal zes maanden of bij verblijf binnen Europa gedurende maximaal twaalf maanden. Bij opname in een ziekenhuis wordt de termijn tijdens de opname verlengd tot maximaal twaalf maanden gerekend vanaf de dag van opname.
- Alleen vergoeding voor de kosten van een opname en/of medische behandeling die niet het doel vormt van het verblijf in het buitenland.
- Alleen vergoeding voor kosten die volgens de polisvoorwaarden zouden zijn vergoed als de verzekerde in Nederland de behandeling zou hebben ondergaan.
- Onder een medisch-specialist of huisarts in het buitenland wordt verstaan een ter plaatse bevoegde arts die volgens de daar geldende medische normen als medisch-specialist of huisarts wordt aangemerkt.
- Geneesmiddelen op voorschrift van een huisarts of medisch-specialist.
- Repatriëring wordt vergoed als dit in overleg met SOS International medisch noodzakelijk is, omdat behandeling ter plekke om medische redenen niet mogelijk is en als SOS International het vervoer en de begeleiding van de verzekerde naar Nederland regelt.

- Verzekerde is, indien de verzekeraar dit vanuit het oogpunt van kostenbesparing noodzakelijk acht, verplicht medewerking te verlenen aan repatriëring op kosten van de verzekeraar, mits het vervoer naar het oordeel van de behandelende arts(en) kan plaatsvinden.
- Bij een ziekenhuisopname moet de verzekerde direct contact opnemen met SOS International.
- Uitkering vindt plaats in Nederland in een Nederlands wettig betaalmiddel tegen de omrekenkoers op de dag dat de verzekeraar de uitkering vaststelt.
- Bij samenloop zoals omschreven in artikel 4.2 en 4.3 worden alleen de kosten vergoed die het bedrag te boven gaan, waarop verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken.

2.18.2 Buitenland, EU- of EER-lidstaat Vergoeding

- Volledig tot maximaal het Nederlandse tarief.
- Voor kosten van reguliere behandelingen waarvoor in Nederland een (CTG) tarief is vastgesteld.
- Voor de kosten van hulpmiddelen volgens de Regeling Hulpmiddelen van de verzekeraar.
- Voor de kosten van vervoer op basis van de afstand tussen de woonplaats van verzekerde en de dichtstbijzijnde plaats waar de zorg zou zijn verleend als de behandeling in Nederland had plaatsgevonden.

Voorwaarden

- Behandeling vindt plaats in een EU- of EER-lidstaat.
- Verblijf in een EU- of EER-lidstaat gedurende maximaal twaalf maanden. Bij opname in een ziekenhuis wordt de termijn tijdens de opname verlengd tot maximaal twaalf maanden gerekend vanaf de dag van opname.
- Het Nederlandse tarief is het rechtsgeldige tarief dat in Nederland voor een overeenkomstige behandeling is vastgesteld.
- Alleen vergoeding voor behandelingen die volgens de polisvoorwaarden zouden zijn vergoed als de verzekerde de behandeling in Nederland zou hebben ondergaan.
- Uitkering vindt plaats op een Nederlands bank- of gironummer.
- Het is aan te bevelen vooraf de behandeling aan te vragen, zodat duidelijkheid bestaat over de hoogte van de vergoeding.

2.18.3 Hulpverlening in het buitenland

In deze verzekering is meeverzekerd het recht op hulpverlening aan verzekerde in het buitenland door SOS International op de hieronder vermelde condities: Recht bestaat op organisatie door SOS International van wereldwijde hulpverlening ter zake van acute ziekte, ongeval of overlijden van verzekerde buiten Nederland. Ingeval van acute ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel van verzekerde bestaat recht op vergoeding van de kosten van vervoer (inclusief de noodzakelijke medisch begeleiding) per ziekenauto of ambulancevliegtuig naar een plaats in Nederland. Tevens bestaat recht op begeleiding door een gezinslid van de betreffende zieke verzekerde. De verzekerde is verplicht medewerking te verlenen voor het verkrijgen van een schriftelijke verklaring van de behandelend arts waaruit blijkt dat vervoer verantwoord is en dat de gekozen wijze van vervoer alsmede de vorm van eventuele medische begeleiding noodzakelijk is. Voor vervoer per ambulancevliegtuig geldt bovendien dat de repatriëring het redden van het leven en/of het voorkomen of verminderen van de te verwachten invaliditeit van verzekerde moet beogen. Ingeval een beroep wordt gedaan op deze hulpverlening dient deze zo spoedig mogelijk, doch altijd vooraf, per telefoon, telegram, of

telefax te worden aangevraagd bij SOS International. SOS International dient toestemming te verlenen voor het maken van de in dit artikel genoemde kosten. Indien, zo deze verzekering niet bestond, aanspraak gemaakt zou kunnen worden op uitkering op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening, is de in dit artikel genoemde dekking pas in de laatste plaats geldig. Alleen die schade zal dan voor uitkering in aanmerking komen welke het bedrag te boven gaat waarop verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken. Er bestaat geen recht op hulpverlening en vergoeding van de kosten, indien de reis naar het verblijf in het buitenland tot doel hadden een medisch behandeling te ondergaan.

2.18.4 Expatriates

Vergoeding

- Volledig.
- Voor de kosten van behandelingen in het land van domicilie.

Voorwaarden

- Voor verzekerden met hun domicilie in het buitenland.
- Alleen vergoeding van de kosten die volgens de polisvoorwaarden zouden zijn vergoed als de verzekerde de behandeling in Nederland zou hebben ondergaan.
- De verzekerde dient als expatriate aangemeld en als zodanig bekend te zijn, herkenbaar aan een clause op de polis.
- Bij hulp buiten Nederland of buiten het land van domicilie geldt het artikel "Buitenland bij spoedeisende hulp". In tegenstelling tot dit laatste genoemde artikel wordt repatriëring vergoed naar het land van domicilie en niet naar Nederland.

2.19 Thuisverpleging

Vergoeding

- Volledig tot maximaal € 165,- per dag voor maximaal 100 dagen per kalenderjaar.

Voorwaarden

- Ter bekorting of vervanging van een medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis.
- Uitgevoerd door een verpleegkundige of een ziekenverzorgende bij de verzekerde thuis.
- de verzekeraar kan nadere voorwaarden stellen.
- Na (schriftelijke) toestemming vooraf door de verzekeraar.

Rubriek B

2.20 Medisch-specialistische zorg (niet klinisch)

Vergoeding

- Volledig.
- Voor het honorarium van een medisch-specialist.
- Voor de bijkomende kosten.

2.21 Fysiotherapie

Vergoeding

- Tot maximaal € 200,- voor behandelingen (kinder)-fysiotherapie, oedeemtherapie, manuele therapie of oefentherapie Cesar of Mensendieck per indicatie per jaar.
- Tot maximaal € 200,- voor behandelingen (kinder)-fysiotherapie, oedeemtherapie of oefentherapie Cesar of Mensendieck na verlengingsaanvraag.
- Tot maximaal € 1.100,- voor het noodzakelijke aantal behandelingen (kinder)-fysiotherapie, oedeemtherapie of oefentherapie Cesar of Mensendieck bij een chronische aandoening volgens de regeling Fysiotherapie van Zorgverzekeraars Nederland.

Voorwaarden

- Behandelingen als bedoeld in het Fysiotherapeutenbesluit of de Besluiten oefentherapie Cesar of Mensendieck.
- Behandelingen dienen herstelbevorderend te zijn.

- Uitgevoerd door een (kinder)fysiotherapeut, oedeem-therapeut, manueel therapeut en oefentherapeut Cesar of Mensendieck.

- Kinderfysiotherapie alleen voor kinderen tot 18 jaar.
- Op voorschrift van een arts of medisch-specialist.
- de verzekeraar kan nadere voorwaarden stellen.
- Verlengingsaanvraag door arts of medisch-specialist.
- Verlenging na (schriftelijke) toestemming vooraf door de verzekeraar.
- De regeling Fysiotherapie maakt deel uit van de polisvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

2.22 Logopedie

Vergoeding

- Volledig.
- Niet vergoed worden de kosten van behandelingen van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen door dialect of anderstaligheid.

Voorwaarden

- Behandelingen als bedoeld in het Logopedistenbesluit.
- Op voorschrift van de huisarts of medisch-specialist.

2.23 Ergotherapie

Vergoeding

- Volledig tot maximaal tien uren per kalenderjaar.
- Voor de kosten van advisering, instructie, training of behandeling.

Voorwaarden

- Behandeling heeft als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.
- Uitgevoerd door een ergotherapeut in zijn behandelruimte of bij verzekerde thuis.
- Op voorschrift van een huisarts of medisch-specialist.

2.24 Audiologisch centrum

Vergoeding

- Volledig.
- Voor de kosten van audiologische hulp.

Voorwaarden

- Uitgevoerd door een audiologisch centrum, erkend door de bevoegde overheidsinstantie.
- Op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorzarts.

2.25 Trombosedienst

Vergoeding

- Volledig.
- Voor de kosten van hulp door de trombosedienst.

Voorwaarden

- Op voorschrift van een arts.

2.26 Erfelijkheidsonderzoek

Vergoeding

- Volledig.
- Voor de kosten van onderzoek en advisering aan de verzekerde.

Voorwaarden

- De voor het advies aan een verzekerde noodzakelijke onderzoeken bij andere personen komen voor rekening van de verzekeraar(s) van de onderzochte andere persoon of personen.
- Uitgevoerd in een erkend centrum voor klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing, erkend door de bevoegde overheidsinstantie.
- Op voorschrift van een arts of medisch-specialist.

2.27 Dieetadvies

Vergoeding

- Maximaal vier uur voorlichting per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden

- Voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten.

- Uitgevoerd door een diëtist
- op verwijzing van een huisarts of tandarts.

Rubriek CI

2.28 Huisarts

Vergoeding

- Volledig.
- Voor het honorarium van de huisarts.
- Voor de kosten die de dienstenstructuur in rekening brengt.
- Voor de kosten van laboratoriumonderzoek op voorschrift van de huisarts.

Voorwaarden

- Dienstenstructuur voor avond-, nacht- en weekenddiensten, waarbij de huisarts is aangesloten.

Rubriek CII

Voor de volgende vergoedingen in deze rubriek is het op het polisblad vermelde eigen risico niet van toepassing.

2.29 Geneesmiddelen

Vergoeding

- Volgens de regeling Farmaceutische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland.

Voorwaarden

- Op de vergoeding is het GVS (geneesmiddelenvergoedingssysteem) zoals vastgesteld door de overheid van toepassing.
- Op voorschrift van een arts, tandarts, medisch-specialist of verloskundige.
- Geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.
- De regeling Farmaceutische Zorg maakt deel uit van de polisvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

2.30 Dieetpreparaten

Vergoeding

- Volgens de regeling Dieetpreparaten opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland.

Voorwaarden

- de verzekeraar kan nadere voorwaarden stellen.
- Na (schriftelijke) toestemming vooraf door de verzekeraar.
- De regeling Dieetpreparaten maakt deel uit van de polisvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

2.31 Verbandmiddelen

Vergoeding

- Volledig.

Voorwaarden

- Bij een ernstige aandoening waarbij langdurig medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.

Rubriek DI

2.32 Brillen of contactlenzen

Vergoeding

- Volledig tot maximaal € 100,-.
- Voor de aanschaf van brillenglazen (inclusief montuur) of contactlenzen.
- Eén keer per 36 maanden.

Voorwaarden

- Bij een afwijking per oog van vier of meer dioptrieën.
- Onder lenzen wordt verstaan dag-, week-, maand- of vaste contactlenzen die door een opticien zijn verstrekt.

2.33 Opname in een lagere dan de verzekerde klasse

Vergoeding

- Tot maximaal € 25,- per dag.

Voorwaarden

- Gedurende de periode dat verzekerde opgenomen is in een ziekenhuis op basis van de derde klasse, maar

verzekerd is voor de verpleegklasse 2A of 2B.

- Deze vergoeding geldt niet bij opname in het buitenland.

2.34 Second Opinion

Vergoeding

- Volledig.

Voorwaarden

- Bij een voorgestelde operatie
- Uitgevoerd door een andere dan de behandelend medisch specialist.

Rubriek DII

Voor de volgende vergoedingen in deze rubriek is het op het polisblad vermelde eigen risico niet van toepassing.

2.35 Preventieve geneeskunde

Vergoeding

- Volledig.

- Voor de kosten van de volgende preventieve onderzoeken:

- Hart- en bloedvaten
- Baarmoederhalskanker
- Borstkanker.

- Voor de kosten van de volgende vaccinaties:

- Griep
- Hondsdolheid
- Rode Hond
- Tetanus

- Hepatitis-B

Voorwaarden

- Hepatitis-B wordt alleen vergoed als er besmettingsgevaar binnen het gezin bestaat.
- Uitgevoerd door huisarts of specialist.

3 Diensten Managed Care

De verzekerde kan terecht bij de medewerkers van de afdeling Managed Care voor onder meer: wachttijstbemiddeling (snellere behandeling in een ander ziekenhuis, eventueel in het buitenland of in een privé-kliniek), het organiseren van hulpmiddelen en thuiszorg als alternatief voor ziekenhuisbehandeling, advisering over kraamzorg en algemene informatie over gezondheid, ziekte en preventie. De afdeling Managed Care is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer (033) 464 28 81.

4 Uitsluitingen

In de volgende gevallen bestaat er geen recht op vergoeding van de kosten:

4.1 Verzwijging

Voor een behandeling die verband houdt met een ziekte of afwijking die reeds voor of bij het totstandkomen van de verzekering bestond terwijl de verzekeringnemer of verzekerde daarvan op dat tijdstip kennis droeg en/of klachten ondervond. Dit is tevens van toepassing bij een uitbreiding van de verzekering of verhoging van de verzekerde klasse op verzoek van de verzekerde. Het bovenstaande is niet van toepassing als de verzekeraar bij het aanvaarden van de verzekering geen bijzondere voorwaarden heeft bedongen. Als het contract door de verzekeraar op non-selectiebasis is geaccepteerd.

4.2 Samenloop

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

- een wettelijk geregelde verzekering;
- regeling van overheidswege;

- enigerlei subsidieregeling;

- of een andere overeenkomst.

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

4.3 Na-u-clausule

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

4.4 Eigen bijdrage

Voor de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek.

4.5 Psycholoog

Voor onderzoek en behandeling door een psycholoog.

4.6 Alternatief

Voor alternatieve geneeswijzen

4.7 Farmaceutische zorg

Voor de volgende onderdelen van farmaceutische zorg:

- homeopathische en antroposofische geneesmiddelen;
- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland.

4.8 Molest en atoomkernreacties

4.8.1 Voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, een en ander overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponereerd;

4.8.2 Voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of verbandhoudend met atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.

4.8.3 De uitsluiting onder 4.8.2 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële commerciële landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radio-actieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225).

4.8.4 Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 4.8.3 geen toepassing.

4.9 Fertiliteitsbevorderende behandelingen

Voor alle andere fertiliteitsbevorderende behandelingen uitgezonderd de in artikel 2.5 genoemde.

4.10 Keuringen, attesten en vaccinatie

Voor keuringen, attesten en vaccinatie, uitgezonderd de in artikel 2.29 en 2.35 genoemde.

4.11 Sterilisatie

Voor het ongedaan maken van de gevolgen van een kunstmatig verkregen sterilisatie.

5 Algemeen

5.1 Grondslag van de verzekering

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 daar deel van uit. Verzwijging, onvolledige of onjuiste beantwoording van

door of namens de verzekeraar gestelde vragen kan voor de verzekeraar aanleiding zijn de vernietiging, geheel of gedeeltelijk, van de verzekeringsovereenkomst in te roepen.

5.2 Kinderen

5.2.1 Voor kinderen, geboren tijdens de duur van deze verzekering en binnen een maand na hun geboorte ter verzekering aangemeld, geldt dat de verzekering van de geboorte af van kracht is, ongeacht eventuele aangeboren ziekten of afwijkingen. Adoptie-, pleeg- en stiefkinderen hebben met ingang van de dag van de feitelijke opname van het kind in het gezin in Nederland recht op een gelijkwaardige verzekering met bijbehorende premie en voorwaarden. Voor de aanmelding van adoptiekinderen is wel een ingevulde gezondheidsverklaring noodzakelijk.

5.2.2 Meeverzekerd kunnen worden:

- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 18 jaar;

- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg-, en adoptiekinderen van 18 tot 27 jaar, mits voor die kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag, studiefinanciering vanuit de Wet Studiefinanciering (WSF), een uitkering krachtens de Wet tegemoetkoming onderwijsbijdrage en schoolkosten (WTOS) of op persoonsgebonden aftrek wegens uitgaven voor levensonderhoud van kinderen ingevolge Artikel 6.1 en afdeling 6.4 van de Wet Inkomensbelasting 2001 Artikel 35 en 36 van de Uitvoeringsregeling inkomstenbelasting 2001.

5.2.3 Voor kinderen tot 27 jaar wordt een kinderpremie in rekening gebracht. Voor maximaal twee kinderen tot de leeftijd van 18 jaar is premie verschuldigd.

5.3 Vrije keuze

Verzekerde is vrij in keuze van ziekenhuis, medisch-specialist, kaakchirurg, orthodontist, huisarts, apotheker, tandarts, verloskundige, kraamverzorgende, (kinder)-fysiotherapeut, oedeemtherapie, manueel therapeut, oefentherapeut, ergotherapeut en logopedist.

5.4 Opname in een hogere dan de verzekerde klasse

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

5.5 Opname in tweede klasse

Als de verzekering is aangegaan op basis van verpleeg-klasse 2B en opname plaatsvindt in een ziekenhuis waar slechts één tweede klasse aanwezig is, zal de verzekering gelden voor die tweede klasse.

5.6 Begin en einde van de vergoeding

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de leverantie, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.

5.7 Registratie van de persoonsgegevens

De bij de aanvraag van een 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 privacyreglement van toepassing, hetgeen ter inzage ligt bij de verzekeraar.

5.8 Kennisgeving

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

5.9 Bepalingen in verband met collectiviteit

5.9.1 Aanmelding verzekerden

Alle daarvoor in aanmerking komende personen dienen ter inschrijving te worden aangemeld. Kandidaat-

verzekerden die tijdens de looptijd van de collectieve verzekering overkomen uit een verplichte ziekenfondsverzekering worden zonder medische selectie voor klasse 3 geaccepteerd, evenals nieuwe personeelsleden.

Personen die bij aanvang van dat contract, of bij indiensttreding of overschrijding van de loongrens ingevolge de Ziekenfondswet of bij huwelijk met een employeeverzekerde wel voor deze in aanmerking kwamen, toch om een of andere reden niet toetraden, dienen, zo zij zich na verloop van tijd alsnog wensen te verzekeren, een gezondheidsverklaring volgens het gebruikelijke model in te vullen. Na ontvangst daarvan zal de verzekeraar over acceptatie beslissen. Als de aanvraag valt onder de acceptatieplicht van de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekering (bijvoorbeeld bij beëindiging van een ziekenfondsdekking) behoudt de verzekeraar zich het recht voor om de verzekering op basis van de Standaardpakketpolis op te maken.

De verzekerde behoudt met een aanvullende polis de collectieve voorwaarden en premiestelling gebaseerd op een verzekering zonder eigen risico aan de voet.

5.9.2 Pensionering, WAO en VUT

Behoudens het bepaalde in artikel 9.4 kan bij pensionering van een werknemer de betrokkene de verzekering op dezelfde basis in de collectieve verzekering voortzetten, zolang het collectieve contract van kracht is. Dit geldt eveneens voor verzekerden die een uitkering krijgen krachtens de Wet op de Arbeids-ongeschiktheidsverzekering en een vervroegde uitredingsregeling.

5.9.3 Overlijden gezinshoofd

Bij overlijden van het gezinshoofd kunnen de gezinsleden de verzekering op dezelfde basis voortzetten zolang het collectieve contract van kracht is.

5.9.4 Uittreding

Als een verzekerde een functie elders aanvaardt, kan de verzekering zonder selectie worden voortgezet tegen een gelijkwaardige individuele verzekering met bijbehorende premie en voorwaarden, mits de wens daartoe binnen veertien dagen na beëindiging van het dienstverband dit schriftelijk aan de verzekeraar wordt kenbaar gemaakt.

5.9.5 Afbreuk collectief karakter

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

5.10 Fraude

Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een vergoeding van de verzekeraar. Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op vergoeding vervalt indien de verzekeringnemer en/of een verzekerde en/of een bij de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor de verzekeraar bij de beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven. Fraude kan voorts tot gevolg hebben dat de verzekeraar:

- a. aangifte doet bij de politie
- b. de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigt;
- c. registratie doet in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;

6 Verplichtingen van verzekeringnemer

De verzekeringnemer heeft onderstaande verplichtingen. Wanneer de belangen van de verzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van deze verplichtingen, behoeft de verzekeraar geen kosten te vergoeden. Bij het niet nakomen van deze verplichtingen kan geen aanspraak op restitutie van premie worden gemaakt, voor zover dit van toepassing zou zijn.

6.1 Melding ziekenhuisopname

Bij een ziekenhuisopname dient de verzekeraar vooraf in kennis te worden gesteld. Bij een spoedopname dient de verzekeraar binnen drie dagen na de opname in kennis te worden gesteld. De verzekeringnemer is verplicht de behandelend huisarts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur.

6.2 Medewerking verlenen

De verzekeringnemer is verplicht ervoor te zorgen dat desgevraagd aan de verzekeraar, haar geneeskundig adviseur of hen, die met de controle zijn belast, medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van alle gewenste inlichtingen en de verzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde.

6.3 Indientermijn en specificatie van de nota's

De verzekeringnemer is verplicht de originele nota's binnen zes maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de verzekeraar in te dienen. Deze nota's dienen op zodanige wijze te zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoedingen de verzekeraar is gehouden. Computernota's dienen door de zorgverlener gewaarmerkt te zijn.

6.4 Verwijzing

Bij niet-klinisch medisch-specialistische zorg, fysiotherapie, oedeemtherapie, oefen therapie en logopedie dient een verwijzing van de medisch-specialist, huisarts of tandarts te worden overlegd als de verzekeraar hierom vraagt.

6.5 Wijzigingen doorgeven

De verzekeringnemer is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het gezin en iedere andere verandering die invloed heeft op de rechten en plichten uit deze verzekeringsovereenkomst ten spoedigste maar uiterlijk binnen 30 kalenderdagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de verzekeraar mede te delen. Zodanige wijzigingen zijn onder meer:

- het van kracht worden of eindigen van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enige andere wettelijke dan wel publiekrechtelijke regeling;
- verhuizing, huwelijk, scheiding, aangaan of beëindiging van een samenlevingsverband, geboorte, overlijden, het duurzaam opnemen van een pleeg- of adoptief kind in het gezin van verzekeringnemer, etc.

6.6 Declaraties en vorderingen

6.6.1 Rechtstreeks betaalde declaraties

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

6.6.2 Verschuldigde bedragen

De in het vorige lid 1 genoemde declaratie zal door de verzekeraar volledig aan de zorgverlener betaald worden, ook al komt de declaratie niet volledig voor vergoeding in

aanmerking, door bijvoorbeeld een openstaand eigen risico of een beperkte vergoedingsregeling. Verzekeringnemer dient het eigen risico of vergoedingen, voor zover deze boven de beperkte vergoedingsregeling uitkomen, te voldoen aan de verzekeraar.

6.6.3 Vordering in het algemeen

De in het vorige lid 2 genoemde bedragen zijn verschuldigd zodra verzekeringnemer de uitkeringsbrief heeft ontvangen. Verzekeringnemer dient deze bedragen te voldoen binnen de in de uitkeringsbrief genoemde termijn. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een van de verzekeraar of de zorgverlener te vorderen vergoeding.

6.6.4 Wanbetaling

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

7 Premie en eigen risico

7.1.1 Premiebetaling in het algemeen

De verzekeringnemer dient de premie, alsmede de kosten en de bijdragen die voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen vooruit te betalen, uiterlijk op de dertigste dag nadat deze verschuldigd worden.

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

7.1.2 Wanbetaling

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

7.1.3 Restitutie van betaalde premie

Behalve bij opzegging wegens opzet de verzekeraar te misleiden, wordt bij tussentijdse beëindiging over de nog niet verstreken termijn premierestitutie verleend.

7.2 Premieheffingen

Naast de premie worden eveneens in rekening gebracht de fiscale heffingen die verzekerden, die buiten Nederland wonen, lokaal verschuldigd zijn en die moeten worden afgedragen door de verzekeraar.

7.3 Eigen risico

7.3.1 Bij aanvang van de verzekering in de loop van het

kalenderjaar wordt een gekozen eigen risico pro-rata vastgesteld. Als de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt wordt het eigen risico berekend door het verschuldigde eigen risico in het betreffende kalenderjaar te vermenigvuldigen met het aantal maanden waarop de verzekeringsovereenkomst in dat jaar betrekking heeft, gedeeld door twaalf. De maand waarin de verzekering tot stand komt wordt buiten beschouwing gelaten. Als het bedrag van het pro-rata eigen risico lager wordt gesteld dan op 1/4 van het voor deze verzekering geldende eigen risico, vindt geen vermindering van het eigen risico plaats. Bij schorsing, wijziging of beëindiging van de verzekering zal geen restitutie noch vermindering van het eigen risico plaatsvinden.

7.3.2 Voor het bereiken van het bedrag van het eigen risico aan de voet tellen uitsluitend de kosten mee, die op grond van de polisvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen. Als voor een onderdeel van het verzekerde pakket een maximumbedrag is vermeld, dan blijft dit maximum zowel voor de toepassing van het eigen risico, als voor de eventuele uitkering daarna, onverminderd van kracht.

7.3.3 Het eigen risico, zoals genoemd op polisblad of polisaanhangsel, geldt niet voor medisch noodzakelijke kosten als direct gevolg van een ongeval overkomen tijdens de looptijd van de verzekering.

7.3.4 Het eigen risico, zoals genoemd op polisblad of polisaanhangsel, geldt niet voor vergoeding van preventieve geneeskunde, geneesmiddelen en hulpmiddelen geleverd door een gecontracteerde zorgverlener.

7.3.5 Indien een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling is aangevangen, geldt voor de vaststelling van het eigen risico dat deze behandeling wordt toegerekend aan het voorgaande kalenderjaar.

8 Herziening van premie en voorwaarden

8.1 Herziening en bloc

de verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende polissen en bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de verzekeraar vast te stellen datum. Als deze verzekering op grond hiervan wordt aangepast dan heeft verzekeringnemer het recht niet akkoord te gaan met de wijziging mits deze wijziging een verhoging van de premie en/of een vermindering van de dekking inhoudt. de verzekeraar doet van de voorgenomen herziening mededeling, eventueel op de premiekwitanties.

8.2 Opzegmogelijkheden

De verzekeringnemer die niet met een dergelijke herziening akkoord gaat, kan de verzekering per de in 8.1 genoemde datum beëindigen, mits hij, binnen 30 dagen na bekendmaking van de wijzigingen, dit schriftelijk aan de verzekeraar meedeelt. De 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. Hieronder wordt begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten aanspraak bestaat;
- of indien overheidsmaatregelen hiertoe aanleiding geven.

Heeft de verzekeraar binnen 30 dagen na bekendmaking van de wijzigingen genoemd in het artikel 8.1 geen

schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt verzekeringnemer geacht akkoord te zijn gegaan met de wijzigingen en wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

9 Contracttermijn

9.1 Contracttermijn en opzegging

De verzekering is aangegaan voor een periode als in het moedercontract omschreven en wordt daarna telkens stilzwijgend voor een zelfde periode verlengd, tenzij de verzekeringnemer tenminste drie maanden voor het verstrijken van zodanige periode de verzekering schriftelijk bij de verzekeraar heeft opgezegd.

9.2 Beëindiging door de verzekeraar

Nadrukkelijk wordt bepaald dat de verzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen behoudens op een door haar te bepalen tijdstip in de gevallen als bedoeld in artikel 5.1. En in geval van wanbetaling als bedoeld in artikel 6.6.4 en 7.1.2 en bij aangetoonde fraude.

9.3 Kinderen

De verzekering eindigt voor kinderen op het moment waarop niet meer wordt voldaan aan het gestelde onder artikel 5.2. Deze personen hebben het recht zich zelfstandig te verzekeren op dezelfde voorwaarden en tegen de geldende premie voor volwassenen.

9.4 Recht op SPP

De verzekering eindigt voor een verzekerde, als op basis van de Wet op Toegang tot Ziektekostenverzekering recht ontstaat op een Standaardpakketpolis

9.5 Vestiging buiten Nederland

De verzekering eindigt voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze zich buiten Nederland vestigt, tenzij anders is overeengekomen.

9.6 Verblijfsvergunning

de verzekeraar heeft het recht de verzekering te beëindigen als verzekerde niet langer in het bezit is van een geldige (tijdelijke) verblijfsvergunning.

10 Tussentijdse wijzigingen

10.1 Wijzigingen van het verzekerde risico zoals:

- een wijziging in het eigen risico;
- een wijziging in de verzekerde klasse, is mogelijk per 1 januari van enig jaar, mits deze wijziging tenminste een maand van te voren is aangevraagd eventueel door een ingevulde gezondheidsverklaring en door de verzekeraar is geaccepteerd. Op het bovenstaande is het bepaalde in artikel 5.1 eveneens van toepassing.

10.2 De collectieve verzekering Standaard omzetten in de collectieve verzekering Uitgebreid of Maximaal is mogelijk per 1 januari van enig jaar, mits deze wijziging ten minste voor 1 oktober is aangevraagd en mits dit volgens de contractafspraken met het bedrijf mogelijk is.

11 Klachten

Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing. Degene die recht heeft op een beslissing van de verzekeraar op grond van deze verzekering kan, indien hij klachten heeft naar aanleiding van deze verzekering, zich wenden tot:

- de afdeling Cliëntenservice van de verzekeraar, telefoon (033) 464 25 55 of email: clientservice@amersfoortse.nl
- Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist, telefoon (030) 698 83 60.

12 Rubriek klasseverzekering

12.1 Rubriek klasseverzekering Standaardpakketpolis

Wanneer de rubriek aanvullende klasseverzekering Standaardpakketpolis is meeverzekerd worden in afwijking van het bepaalde in de polisvoorwaarden van de Standaardpakketpolis de kosten vergoed die verbonden zijn aan een medisch noodzakelijke ziekenhuisopname in de verzekerde klasse en wel voor het verschil tussen de in rekening gebrachte verpleegprijs en de verpleegprijs op basis van klasse 3. De vergoeding strekt zich tot maximaal de wettelijk goedgekeurde tarieven. Als de verzekering is aangegaan op basis van klasse 2A of 2B en opname vindt plaats in een ziekenhuis waarin slechts één klasse 2 aanwezig is, vindt vergoeding plaats overeenkomstig het tarief van klasse 2 van dat ziekenhuis.

12.2 Rubriek klasseverzekering ziekenfonds

Wanneer de rubriek klasse verzekering ziekenfonds is meeverzekerd worden krachtens deze verzekering uitsluitend de kosten vergoed die verbonden zijn aan een medisch noodzakelijke ziekenhuisopname in Nederland voor zover door verzekerde geen aanspraken kunnen worden gemaakt op vergoedingen krachtens de Ziekenfondswet. De vergoeding strekt zich tot maximaal de wettelijk goedgekeurde tarieven. Eigen bijdragen die krachtens de Ziekenfondswet voor rekening van verzekerde komen, kunnen niet ten laste van deze verzekering worden gebracht. Als de verzekering is aangegaan op basis van klasse 2A of 2B en opname vindt plaats in een ziekenhuis waarin slechts één klasse 2 aanwezig is, vindt vergoeding plaats overeenkomstig het tarief van klasse 2 van dat ziekenhuis.

Clausule terrorismedekking

Op deze verzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismede N.V. (NHT) volgens bijgaande voorwaarden

1 Begripsomschrijvingen

In dit clausuleblad en de daarop berustende bepalingen wordt, voor zover niet anders blijkt, verstaan onder:

1.1 Terrorisme

Gewelddadige handelingen en/of gedragingen – begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 64 lid 2 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 genoemde vormen van molest – in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aanmerkelijk is dat deze aanslag of reeks – al dan niet in enig organisatorisch verband – is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

1.2 Kwaadwillige besmetting

Het – buiten het kader van een van de zes in artikel 64 lid 2 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 genoemde vormen van molest – (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aanmerkelijk is dat het (doen) verspreiden – al dan niet in

enig organisatorisch verband – is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

1.3 Preventieve maatregelen

Van overheidswege en/of door verzekerden en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of – indien dit gevaar zich heeft verwezenlijkt – de gevolgen daarvan te beperken.

1.4 Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismede N.V. (NHT)

Een door het Verbond van Verzekeraars in Nederland opgerichte herverzekeringsmaatschappij, waarbij uitkeringsverplichtingen uit hoofde van verzekeringsovereenkomsten, die voor in Nederland toegelaten verzekeraars direct of indirect kunnen voortvloeien uit de verwezenlijking van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 omschreven risico's, in herverzekeringsmaatschappij worden ondergebracht.

1.5 Verzekeringsovereenkomsten

- Overeenkomsten van schadeverzekering voor zover zij overeenkomstig het bepaalde in artikel 1 lid 1 sub o van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 betrekking hebben op in Nederland gelegen risico's.

- Overeenkomsten van levensverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.

- Overeenkomsten van natura-uitvaartverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met een gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.

1.6 In Nederland toegelaten verzekeraars

- Schade-, levens- en zorgverzekeraars zoals bedoeld in artikel 12 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993, en

- natura-uitvaartverzekeraars zoals bedoeld in artikel 7 van de Wet toezicht natura-uitvaartverzekeringsbedrijf, die bevoegd zijn om in Nederland het verzekeringsbedrijf uit te oefenen.

2 Begrenzing van de dekking voor het terrorisme

2.1 Indien en voor zover, met inachtneming van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 gegeven omschrijvingen, en binnen de grenzen van de geldende polisvoorwaarden, dekking bestaat voor gevolgen van een gebeurtenis die (direct of indirect) verband houdt met:

- terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen,

- handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen,

hierna gezamenlijk aan te duiden als 'het terrorisme', geldt dat de uitkeringsplicht van de verzekeraar terzake van iedere bij haar ingediende aanspraak op schadevergoeding en/of uitkering, is beperkt tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar terzake van die aanspraak ontvangt onder de herverzekeringsmaatschappij voor het terrorisme bij de NHT, in het geval van een verzekering met vermogensopbouw vermeerderd met het bedrag van de uit hoofde van de betrokken verzekering reeds gerealiseerde vermogensopbouw. Bij levensverzekeringen wordt het bedrag van de

gerealiseerde vermogensopbouw gesteld op de krachtens de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 aan te houden premiereserve ten aanzien van de betrokken verzekering.

2.2 De NHT biedt herverzekeringsdekking voor de hiervoor genoemde aanspraken tot maximaal 1 miljard euro per kalenderjaar. Vorengenoemd bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars tezamen. Van een eventuele aanpassing zal mededeling worden gedaan in drie landelijk verschijnende dagbladen.

2.3 In afwijking van het in de voorgaande leden van dit artikel bepaalde, geldt voor verzekeringen die betrekking hebben op:

- schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan;
- gevolgschade van schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan, dat per verzekeringnemer per verzekerde locatie per jaar maximaal 75 miljoen euro onder deze overeenkomst zal worden uitgekeerd, voor alle deelnemende verzekeraars zoals bedoeld in artikel 1 tezamen, ongeacht het aantal afgegeven polissen.

Voor de toepassing van dit artikellid wordt onder verzekerde locatie verstaan: alle op het risicoadres aanwezige door verzekeringnemer verzekerde objecten, alsmede alle buiten het risicoadres gelegen door verzekeringnemer verzekerde objecten waarvan het gebruik en/of de bestemming in relatie staat tot de bedrijfsactiviteiten op het risicoadres. Als zodanig zullen in ieder geval worden aangemerkt alle door verzekeringnemer verzekerde objecten die op minder dan 50 meter afstand van elkaar gelegen zijn en waarvan er tenminste een op het risicoadres is gelegen. Voor de toepassing van dit artikellid geldt voor rechtspersonen en vennootschappen die zijn verbonden in een groep, zoals bedoeld in artikel 2:24b van het Burgerlijk Wetboek, dat alle groepsmaatschappijen tezamen worden aangemerkt als een verzekeringnemer, ongeacht door welke tot de groep behorende groepsmaatschappij(en) de polis(sen) is (zijn) afgesloten.

3 Uitkeringsprotocol NHT

3.1 Op de herverzekering van de verzekeraar bij de NHT is van toepassing het Protocol afwikkeling claims (hierna te noemen het Protocol). Op grond van de in dit protocol vastgestelde bepalingen is de NHT onder meer gerechtigd de uitkering van de schadevergoeding of het verzekerde bedrag uit te stellen tot het moment waarop zij kan bepalen of en in hoeverre zij over voldoende financiële middelen beschikt om alle vorderingen waarvoor zij als herverzekeraar dekking biedt, voor het geheel te voldoen. Voor zover de NHT niet over voldoende financiële middelen blijkt te beschikken, is zij gerechtigd overeenkomstig bedoelde bepalingen een gedeeltelijke uitkering aan de verzekeraar te doen.

3.2 De NHT is, met in achtneming van het gestelde in bepaling 7 van het Protocol afwikkeling claims, bevoegd om te beslissen of een gebeurtenis in verband waarmee aanspraak op uitkering wordt gedaan, als een gevolg van de verwezenlijking van het terrorismerisico moet worden aangemerkt. Een daartoe strekkend en overeenkomstig voornoemde bepaling genomen besluit van de NHT, is bindend jegens verzekeraar, verzekeringnemer, verzekerden en tot uitkering gerechtigden.

3.3 Eerst nadat de NHT aan de verzekeraar heeft medegedeeld welk bedrag, al dan niet bij wijze van voorschot, terzake van een vordering tot uitkering aan haar zal worden uitgekeerd, kan de verzekerde of de tot

uitkering gerechtigde op de in artikel 3.1 bedoelde uitkering terzake tegenover de verzekeraar aanspraak maken.

3.4 De herverzekeringsdekking bij de NHT is ingevolge bepaling 17 van het Protocol slechts van kracht voor aanspraken op schadevergoeding en/of uitkering die worden gemeld binnen twee jaar nadat de NHT van een bepaalde gebeurtenis of omstandigheid heeft vastgesteld dat deze als een verwezenlijking van het terrorismerisico in de zin van dit Clausuleblad wordt beschouwd.