

Ziektekostenverzekering ZorgBewust Pakket

Polisvoorwaarden

Inhoud van de polis

- 1 Begripsomschrijvingen
- 2 Algemeen
- 3 Kinderen
- 4 Premie
- 5 Duur en einde van de verzekering
- 6 Wijziging van premie en/of voorwaarden
- 7 Overige verplichtingen
- 8 Eigen risico
- 9 Buitenland
- 10 Uitsluitingen
- 11 Omvang van de dekking
- 12 Diensten Amersfoortse Managed Care
- 13 Klachten

1 Begripsomschrijvingen

1.1 De Amersfoortse

NV Amersfoortse Zorgverzekering Maatschappij
Gevestigd te Amersfoort

1.2 De verzekeringsovereenkomst

De met De Amersfoortse gesloten overeenkomst van ziektekostenverzekering;

1.3 De verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met De Amersfoortse is aangegaan;

1.4 De verzekerde

Ieder van de als zodanig op het polisblad vermelde personen;

1.5 Gezin

Twee gehuwden, danwel twee ongehuwden die duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijke huishouding voeren, al dan niet met kinderen;

Een alleenstaande met één of meer kinderen;

kinderen: ongehuwde (pleeg- en/of stief)kinderen en adoptiekinderen tot 18 jaar; ongehuwde studerende danwel gehandicapte kinderen (pleeg- en/of stief) of adoptiekinderen van 18 tot 27 jaar, mits voor die kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag of op een uitkering uit hoofde van de Wet Studiefinanciering of de Wet Tegemoetkoming Studiekosten of op buitengewone lastenaf trek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge artikel 9, Uitvoeringsregeling Inkomstenbelasting 1990;

1.6 Medische noodzaak

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

1.7 Ziekenhuis/sanatorium

Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis of sanatorium door de bevoegde overheidsinstanties is toegelaten, alsmede het Nederlands Astrmacentrum te Davos;

1.8 Algemeen ziekenhuis in het buitenland

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

1.9 Opname

Opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien

en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een specialist noodzakelijk moet zijn;

1.10 Verpleegkosten

De kosten van verpleging die door een ziekenhuis volgens de door de bevoegde overheidsinstanties goedgekeurde tarieven in rekening worden gebracht;

1.11 Dagverpleging

Korter dan 24 uur durende (zogenaamde poliklinische) bedverpleging in een ziekenhuis waarvan de noodzaak voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist;

1.12 Verloskundige

Een in Nederland gevestigde verloskundige, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG;

1.13 Specialist

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

1.14 Kaakchirurg

Een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde;

1.15 Orthodontist

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

1.16 Specialistische behandeling

Een behandeling of een onderzoek, die volgens medische normen algemeen is aanvaard en behoort tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven;

1.17 Kaakchirurgische behandeling

een behandeling of een onderzoek, die volgens medische en tandheelkundige normen algemeen is aanvaard en behoort tot het specialisme waarvoor de kaakchirurg is ingeschreven;

1.18 Kaakorthopedische behandeling (orthodontie);

Een behandeling of een onderzoek, die volgens medische en tandheelkundige normen algemeen is aanvaard en behoort tot het specialisme waarvoor de orthodontist is ingeschreven;

1.19 Bijkomende kosten

de medische kosten die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens de specialistische behandeling (zoals kosten van röntgenfoto's laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, bestralingen, narcose, verbandmiddelen en gebruik operatiekamer of polikliniek) of kaakchirurgische behandeling;

1.20 Huisarts

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

1.21 Apotheker

Een in Nederland gevestigde apotheker, die is ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, gevoerd door de inspectie van de Volksgezondheid;

1.22 Tandarts

Een in Nederland gevestigde tandarts, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel drie van de Wet BIG;

1.23 Ambulancevervoer

Medisch noodzakelijk ambulancevervoer in Nederland zowel naar als van een ziekenhuis of sanatorium alsmede zowel naar als van de plaats waar de behandelend specialist in Nederland praktijk uitoefent. Het vervoer dient verband te houden met een medische behandeling, waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van De Amersfoortse komen;

1.24 Ziektegeval

Elke ononderbroken behoefte aan geneeskundige behandeling, voortgekomen uit één en dezelfde ziekte-oorzaak/oorzaken of één en hetzelfde ongeval;

1.25 Farmaceutische hulp

Farmaceutische hulp omvat de aflevering van de volgende door het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) aangewezen:

- a. geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd;
- b. andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, niet zijnde geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1 van het Besluit homeopathische farmaceutische producten;
- c. bloedproducten als bedoeld in de Wet inzake Bloedtransfusie;
- d. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieet-preparaten;
- e. verbandmiddelen in geval van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen;

1.26 Hulpmiddelen

De medische middelen die in de Regeling Hulpmiddelen van De Amersfoortse zijn opgenomen;

1.27 Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatie-technische aard. Deze hulp wordt verleend door een aan een door de bevoegde overheidsinstanties erkende instelling voor revalidatie verbonden multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist;

1.28 Laboratoriumonderzoek

onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat door de bevoegde overheidsinstanties als zodanig is toegelaten;

1.29 Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

Een in Nederland gelegen instelling die een vergunning van de overheid heeft voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering;

1.30 Medisch adviseur

De arts, die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert;

1.31 Tandheilkundig adviseur

De tandarts, die de verzekeraar in tandheilkundige aangelegenheden adviseert;

1.32 AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;

1.33 CTG

College Tarieven Gezondheidszorg;

1.34 GVS

Geneesmiddelenvergoedingssysteem;

1.35 Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;

1.36 WTG

Wet Tarieven Gezondheidszorg;

1.37 WTZ

Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen;

1.38 ZN

Zorgverzekeraars Nederland;

1.39 Ongeval

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

- bevriezing, zonnesteek, blikseminslag en andere elektrische ontladingen;
- verdrinking, verstikking (niet tengevolge van ziekte) en verbranding, behalve door natuurlijke of kunstmatige bestraling;
- acute vergiftiging, alsmede de schadelijke gevolgen van het ongewild binnenkrijgen van vreemde voorwerpen, infectieziekten en allergieën of bloedvergiftiging in aansluiting op verwonding tengevolge van een ongeval;
- besmetting tengevolge van een onvrijwillige val in water of in enige andere stof;
- uitputting, verhogering en verdorping tengevolge 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. 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 vallen ook buiten het begrip ongeval.

1.40 SOS International

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

2 Algemeen

2.1 Grondslag van de verzekering

Het aanvraagformulier met de daarin door de verzekeringnemer of de verzekerde gedane, al dan niet eigenhandig geschreven mededelingen, alsmede eventuele schriftelijke gegevens, daarbij afzonderlijk door de verzekeringnemer of de verzekerde verstrekt, gelden als grondslag van deze verzekering en worden geacht met de polis één geheel uit te maken. De Amersfoortse is generlei vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen indien de mededelingen in het aanvraagformulier dan wel de afzonderlijke gegevens, in strijd met de waarheid waren of omstandigheden verzwegen werden, welke van dien aard zijn, dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien De Amersfoortse daarvan kennis had gedragen.

2.2 Strekking van de verzekering

Voor elke op het polisblad of op een aanhangsel genoemde verzekerde wordt vergoeding verleend van kosten verbonden aan medische behandeling, mits en zolang deze behandeling medisch noodzakelijk is en voor

zover verzekerd en omschreven in de "Omvang van de dekking". Met inachtneming van hetgeen elders in de polis is bepaald, worden ten hoogste de tarieven vergoed, zoals deze zijn vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) krachtens de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Indien De Amersfoortse meer vergoed dan waartoe zij gehouden is, is De Amersfoortse gerechtigd tot terugvordering op eigen naam van het door de verzekerde aan de beroepsbeoefenaar of instelling teveel betaalde. Door het sluiten van de verzekeringsovereenkomst verleent verzekerde hiertoe volmacht aan De Amersfoortse.

2.3 Vrije keuze

De verzekerde is vrij in de keuze van ziekenhuis, specialist, apotheek, kaakchirurg, orthodontist en verloskundige. Voor vergoeding komen uitsluitend in aanmerking kosten van zorg, verleend door in de Europese Unie gevestigde beroepsbeoefenaren en instellingen, met inachtneming van artikel 2.2.

2.4 Begin en einde van het recht op vergoeding

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

2.5 Registratie van persoonsgegevens

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door De Amersfoortse gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacyreglement van toepassing, hetgeen ter inzage ligt bij De Amersfoortse.

3 Kinderen

3.1 Voor kinderen geboren tijdens de duur van de verzekering geldt, mits zij binnen een maand na hun geboorte aan De Amersfoortse ter verzekering zijn voorgedragen en mits alle daarvoor in aanmerking komende kinderen onder deze polis verzekerd zijn, de volgende bepaling:

De verzekering is van de geboorte af van kracht ongeacht eventueel aangeboren ziekten of afwijkingen.

3.2 Dit geldt eveneens voor adoptie-, pleeg- en stiefkinderen met ingang van de datum van de feitelijke opname van het kind in het gezin in Nederland.

4 Premie (inclusief wettelijke bijdragen en kosten)

4.1 Premiebetaling in het algemeen

- de verzekeringnemer dient de premie vooruit te betalen, echter uiterlijk op de dertigste dag nadat deze verschuldigd wordt;
- bij een herziening van de premie welke voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde aan wiens leeftijd de premie is gekoppeld gaat de nieuwe premie in op de eerste dag van de daarop volgende maand;
- de verzekeringnemer en/of de verzekerde heeft niet het recht de verschuldigde premie te verrekenen met van De Amersfoortse te vorderen vergoedingen.

4.2 Wanbetaling

Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet tijdig betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van nadien plaatsvindende gebeurtenissen. Een nadere ingebrekestelling door De Amersfoortse is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door De Amersfoortse is ontvangen.

4.3 Premierestitutie

- Bij tussentijdse verlaging van de premie volgt premierestitutie over de periode tussen de ingangsdatum van de verlaging en de premievervaldatum;
- Bij beëindiging van de verzekering, anders dan wegens kwade trouw van de verzekeringnemer, wordt de premie over de termijn waarin de verzekering niet meer van kracht is terugbetaald. Op het restitutiebedrag worden administratiekosten in mindering gebracht.

5 Duur en einde van de verzekering

5.1 De verzekeringnemer heeft het recht de verzekeringsovereenkomst te laten ontbinden indien hij binnen veertien dagen na het in ontvangst nemen van de polis een schriftelijk verzoek tot ontbinding aan De Amersfoortse doet onder overlegging van die polis. De verzekering zal dan als niet tot stand gekomen worden beschouwd.

5.2 De verzekering wordt voor onbepaalde tijd aangegaan en in stand gehouden gedurende tenminste het kalenderjaar waarin de verzekering is ingegaan en wordt telkens stilzwijgend verlengd met één kalenderjaar;

5.3 Het ZorgBewust Pakket eindigt met ingang van de eerste van de maand waarin de verzekerde de 65-jarige leeftijd bereikt. Voor verzekerden woonachtig in Nederland zal aansluitend verzekering plaatsvinden krachtens de Standaardpakketpolis met inachtneming van de op grond van de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen (WTZ) voor die verzekering geldende regels, premie en voorwaarden;

5.4 De verzekering of de dekking eindigt:

- op de contractsvervaldatum indien de verzekeringnemer uiterlijk drie maanden voor deze datum aan De Amersfoortse schriftelijk de verzekering heeft opgezegd;
- aan het einde van het verzekeringsjaar waarin het meeverzekerde kind niet meer voldoet aan het gestelde in artikel 1.5. Indien de dekking voor een meeverzekerd kind eindigt als hierboven omschreven zal dit aansluitend worden verzekerd op een aparte polis tegen de dan geldende algemene voorwaarden en bij de leeftijd behorende premie en met het daarbij behorende eigen risico, ongeacht de gezondheidstoestand;
- voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze ophoudt Nederlandse ingezetene te zijn. Nadrukkelijk wordt bepaald, dat De Amersfoortse niet het recht heeft de verzekering te beëindigen behoudens op een door haar te bepalen tijdstip in gevallen als bedoeld in artikel 2.1 en in geval van artikel 4.2 alsmede in geval van (poging tot) bedrog door de verzekerde.

6 Wijziging van premie en/of voorwaarden

De Amersfoortse heeft het recht de premie en/of voorwaarden van bepaalde groepen verzekeringen en bloc te wijzigen. Behoort deze verzekering tot zo'n groep, dan is De Amersfoortse gerechtigd de premie en/of voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aan te passen en wel op een door haar te bepalen datum. De verzekeringnemer wordt van de wijziging in kennis gesteld en wordt geacht hiermee te hebben ingestemd tenzij hij binnen dertig dagen na kennisgeving schriftelijk het tegendeel heeft bericht. In dit laatste geval eindigt de verzekering op de datum die in de mededeling door De Amersfoortse is genoemd. De mogelijkheid van opzegging van de verzekering door de verzekeringnemer geldt niet indien:

- de wijziging van de premie en/of voorwaarden voort-

vloeit uit wettelijke regelingen, waaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat;

b. de wijziging een verlaging van de premie en/of uitbreiding van de dekking inhoudt;

c. de herziening voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde aan wiens leeftijd de premie is gekoppeld.

7 Overige verplichtingen

7.1 Verplichtingen bij medische behandeling

De verzekerde is verplicht ervoor te zorgen:

- a. Dat de opname in een ziekenhuis wordt gemeld aan De Amersfoortse, zodra de noodzaak ertoe is gebleken. Indien in verband met het spoedeisende karakter melding vooraf niet mogelijk is, dient de melding uiterlijk binnen drie dagen na opname plaats te vinden. De verzekerde is verplicht de behandelend huisarts of specialist te machtigen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van De Amersfoortse;
- b. Dat bij niet-klinische specialistische behandeling (behoudens in geval van behandeling door een oogarts of keel-neus-oorarts) een verwijzing van de huisarts of tandarts wordt overlegd indien door De Amersfoortse hierom wordt gevraagd;
- c. Dat alle originele nota's betreffende het verstreken kalenderjaar, binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaats gevonden, zijn ingediend, waarbij gebruik gemaakt dient te worden van een door De Amersfoortse te verstrekken declaratieformulier;
- d. Dat alle nota's op zodanige wijze gespecificeerd zijn dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding De Amersfoortse is gehouden;
- e. Dat computernota's gewaarmerkt zijn door de zorgverlener;
- f. Dat desgevraagd aan De Amersfoortse, haar geneeskundig adviseur of hen, die met de controle zijn belast, medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van alle gewenste inlichtingen;
- g. Dat De Amersfoortse alle medewerking krijgt bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde. Wanneer de belangen van De Amersfoortse worden geschaad door het niet nakomen van de bovengenoemde verplichtingen, behoeft De Amersfoortse geen kosten te vergoeden.

7.2 Melding

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

- a. Het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enige andere publiekrechtelijke ziektekostenregeling (zoals IZA, IZR);
- b. Verhuizing;
- c. Huwelijk;
- d. Aangaan van een gezamenlijke huishouding;
- e. Geboorte;
- f. Overlijden.

Door het nalaten van het hierboven bepaalde vervalt een eventueel recht op restitutie van premie;

7.3 Ziekenfonds/publiekrechtelijke ziektekostenregeling

- a. De verzekeringnemer is verplicht de toelating van een (van de) verzekerde(n) tot een ziekenfonds of een publiekrechtelijke ziektekostenregeling schriftelijk aan De Amersfoortse te melden, zodra dit feit de verzekeringnemer bekend is.
- b. De verzekering van de verzekerde eindigt indien de verzekerde tot de ziekenfondsverzekering of een publiekrechtelijke ziektekostenregeling is toegelaten en wel op de datum waarop de verzekeraar daarvan mededeling ontvangt. De verzekeringnemer dient De Amersfoortse (een kopie van) het bewijs van inschrijving van de verzekerde in het ziekenfonds of de publiekrechtelijke ziektekostenregeling te overleggen.

7.4 Sluimerdekking

- a. Indien de verzekering bij De Amersfoortse wordt beëindigd kan een verzoek worden ingediend om de verzekering te laten sluimeren. In dat geval wordt voor een periode van maximaal vier jaar de dekking opgeschort. Op verzoek kan de verzekering bij De Amersfoortse binnen deze periode weer ingaan, tegen de dan bij De Amersfoortse Zorgverzekering NV geldende voorwaarden en premie, zonder dat een hernieuwde medische selectie nodig is. Voor het sluimerend houden van de verzekering bij beëindiging dient vooraf contact opgenomen te worden met De Amersfoortse voor toestemming. Gedurende de sluimerperiode is een premie van 25% verschuldigd over de premie van het gekozen pakket.
- b. De sluimerdekking eindigt:
- als de polis weer door De Amersfoortse geactiveerd wordt.
 - na definitieve opzegging van de verzekering door de verzekerde, met in acht name van de opzeggingsbepalingen uit artikel 5 en 6 van deze voorwaarden.
 - automatisch na het verstrijken van de maximale sluimerperiode van vier jaar.

7.4 Terugkeer binnen één jaar

Bij terugkeer binnen één jaar na beëindiging van de verzekering kan het aanvullende ZorgPlus pakket of ZorgOptimaal pakket opnieuw worden aangevraagd, zonder dat hiervoor opnieuw medische selectie zal plaatsvinden. Voorwaarden zijn dat deze aanvulling ook deel uitmaakte van de eerdere De Amersfoortse verzekering en dat het eigen risico gelijk blijft of hoger wordt.

8 Eigen risico

- a. Indien voor een onderdeel van het verzekerde pakket een speciaal eigen risico geldt, zal bij de berekening van de uitkering eerst dit speciale eigen risico en daarna het op het polisblad vermelde algemene eigen risico in mindering gebracht worden;
- b. Bij de vaststelling van de hoogte van het te dragen eigen risico is het aantal personen bepalend, dat op één januari van enig jaar in het ZorgBewust Pakket is verzekerd. Indien het aantal verzekerden wijzigt na één januari vindt verhoging of verlaging van het te dragen eigen risico eerst plaats op de daaropvolgende eerste januari.
- c. Van de verzekerde kosten is het bedrag van het eigen risico per kalenderjaar voor rekening van de verzekeringnemer;
- d. Indien 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;
 e. Indien een opnemings in het ziekenhuis niet eindigt in het kalenderjaar waarin deze begon, is voor die opnemings slechts éénmaal het gekozen eigen risico van toepassing;
 f. Indien de eerste verzekeringsperiode niet gelijk is aan een kalenderjaar, wordt het van toepassing zijnde eigen risico pro rata toegepast;
 g. Bij schorsing of beëindiging van de verzekering zal geen restitutie noch vermindering van ingehouden eigen risico plaatsvinden.
 h. Het eigen risico, zoals genoemd op polisblad of aanhangsel, geldt niet voor medisch noodzakelijke kosten als direct gevolg van een ongeval overkomen tijdens de looptijd van de verzekering.

9 Buitenland

Indien een verzekerde in een land buiten de EU verblijft, blijft de dekking op deze verzekering voor de betreffende verzekerde nog maximaal één jaar na het vertrek naar een land buiten de EU van kracht. Indien gedurende de hiervoor bedoelde periode, tijdens het verblijf buiten de E.U. geneeskundige behandeling in verband met een acute ziekte of ongeval medisch noodzakelijk is, kan vergoeding van de verzekerde kosten plaatsvinden, met dien verstande dat:

- a. de verpleegkosten in een ter plaatse erkend algemeen ziekenhuis vergoed zullen worden tot maximaal 365 dagen per ziektegeval en tot ten hoogste twee maal het bedrag van de kosten van een overeenkomstige verpleging in de verzekerde klasse in het St. Franciscus Gasthuis te Rotterdam;
- b. de overige kosten vergoed zullen worden tot ten hoogste twee maal de hiervoor in Nederland geldende tarieven;
- c. de kosten van ziekenvervoer uitsluitend vergoed zullen worden voor zover dit vervoer per ambulance plaatsvindt naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- d. de vergoeding in Nederland zal worden uitgekeerd, in Nederlands courants, met inachtneming van de omrekenkoers op de dag van het vaststellen van de uitkering;
- e. niet vergoed worden de kosten verbandhoudende met een opnemings en/of geneeskundige behandeling die uitsluitend of mede het doel vormde(n) van het verblijf in buiten de E.U.;
- f. indien er sprake is van verblijf in een land binnen de E.U., worden de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen vergoed met inachtneming van hetgeen elders in de polis is bepaald, tot ten hoogste de tarieven zoals deze zijn vastgesteld door het CTG. Indien tijdens een verblijf buiten Nederland acute ziekenhuisopnemings noodzakelijk is, kan de verzekerde gebruik maken van SOS International, die hiervoor 24 uur per dag beschikbaar is.

10 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten bestaat:

- 10.1 Voor de behandeling van aandoeningen veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie. De zes genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gedeponneerd;
- 10.2 Indien 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:

- a. een wettelijk geregelde verzekering;
 - b. een regeling van overheidswege;
 - c. enigerlei subsidieregeling;
 - d. een andere overeenkomst;
- 10.3 Voor de verschuldigde eigen bijdragen krachtens de AWBZ, en die van bevolkingsonderzoeken;
- 10.4 Voor de volgende onderdelen van farmaceutische hulp;
- a. homeopathische en antroposofische geneesmiddelen;
 - b. zelfzorggeneesmiddelen, die zonder recept van de huisarts verkrijgbaar zijn;
 - c. geneesmiddelen en preventieve vaccinaties uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland;
 - d. ongeregistreerde farmaceutische producten, tenzij de verzekerde lijdt aan een in Nederland zelden voorkomende ziekte. Hiervoor is vooraf toestemming van De Amersfoortse noodzakelijk en dient de Hoofdinspecteur van Volksgezondheid (VWS) toestemming voor invoer van dat farmaceutische product te hebben verleend voor het daarbij aangegeven doel;
- 10.5 Voor vorm- en/of aspectveranderende behandelingen van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking;
- 10.6 a. voor de behandeling van aandoeningen ontstaan door, dan wel verbandhoudende met atoomkernreactie, onverschillig hoe deze zijn ontstaan;
- b. de uitsluiting onder a. geldt niet met betrekking tot aandoeningen 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);
 - c. voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de ontstane aandoeningen aansprakelijk is, vindt het onder b. bepaalde geen toepassing;
- 10.7 Voor tandheelkundige implantaten inclusief de kosten die verband houden met het inbrengen daarvan in de kaak;
- 10.8 Voor onderzoeken of behandelingen, die tot doel hebben het beoogde of bereikte resultaat van een eerdere niet medisch geïndiceerde behandeling of ingreep teniet te doen;
- 10.9 Voor onderzoeken of behandelingen die verband houden met ziekten of afwijkingen, welke reeds bestonden voor of bij het tot stand komen van de verzekering en waarmee verzekerde bekend was of waarvan hij toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gedaan aan De Amersfoortse. Deze uitsluiting is niet van toepassing indien en voor zover de verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- 10.10 Voor onderzoeken of behandelingen, die naar wetenschappelijke opvattingen niet algemeen zijn aanvaard, niet gebruikelijk zijn in het kader van de beoefening van het beroep of van het specialisme, danwel niet begrepen zijn in de wettelijke omschrijving van de beroepsuitoefening;

10.11 Voor hulp door een psychiater, anders dan de vergoeding krachtens de AWBZ;
 10.12 Voor onderzoek en/of behandeling door een psycholoog.

11 Omvang van de dekking

11.1 Verpleging langer dan 24 uur in een ziekenhuis, inclusief bijkomende kosten en specialistische hulp
 Bij opname in de verzekerde klasse van een ziekenhuis een onbeperkte vergoeding van:

- a. de verpleegkosten;
- b. het honorarium wegens specialistische behandeling en de bijkomende kosten;
- c. de kosten van ambulancevervoer.

11.2 Bij verpleging in een sanatorium wegens het lijden aan tuberculose een onbeperkte vergoeding van het onder a, b en c genoemde.

11.3 Orgaantransplantatie

11.3.1 Transplantatiekosten

Vergoeding van de kosten van transplantatie van: huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart, long, hart-long, nier-pancreas en lever (orthotoop). De kosten van transplantatie van andere organen of weefsels worden niet vergoed.

11.3.2 Transplantatie (donor)

Vergoed worden de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse, waarvoor hij/zij is verzekerd. Een donor heeft bovendien recht op medische behandeling gedurende ten hoogste drie maanden na datum van ontslag uit het ziekenhuis waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met de betreffende onder de vergoeding vallende transplantatie als vermeld in het bovengenoemde artikel.

11.3.3 NTS (Nederlandse Transplantatie Stichting)

Vergoed worden de kosten van weefseltyperingen in verband met transplantaties gedeclareerd door NTS.

11.3.4 Geen vergoeding wordt verleend in verband met het laten verwijderen van transplantatiemateriaal ten behoeve van een niet bij De Amersfoortse verzekerde ontvanger.

11.4 Nierdialyse

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

11.5 Dagverpleging in een ziekenhuis

Vergoeding van:

- a. de verpleegkosten;
- b. het honorarium wegens specialistische behandeling en de bijkomende kosten;
- c. de kosten van ambulancevervoer.

11.6 Niet-klinische (poliklinische) specialistische behandeling

11.6.1 Vergoeding van:

- a. het honorarium van een op advies van de huisarts of de tandarts geraadpleegde specialist of kaakchirurg wegens een door hem verrichte behandeling en de bijkomende kosten;
- b. de kosten van ambulancevervoer.

11.6.2 Onder poliklinische specialistische hulp is tevens begrepen:

a. Chronische intermitterende beademing:

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

b. Trombosedienst:

De kosten van hulp door de trombosedienst op voorschrift van een specialist.

11.7 Privé klinieken

Vergoeding van de kosten overeenkomstig de door het CTG vastgestelde tarieven, geldend voor het betreffende specialisme en/of de bijkomende kosten.

11.8 Bevalling en kraamzorg

11.8.1 Bevalling met medische noodzaak in een ziekenhuis. Zolang verblijf in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is, bestaat recht op vergoeding van de kosten overeenkomstig artikel 11.1.

11.8.2 Bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of poliklinisch. Bij een bevalling zonder medische noodzaak of een poliklinische bevalling worden de kosten vergoed van:

- a. het door het CTG vastgestelde tarief voor een poliklinische bevalling;
- b. het honorarium voor verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg), in rekening gebracht door de specialist, verloskundige of huisarts.

11.8.3 Thuisbevalling

Bij een bevalling thuis worden de kosten vergoed van het honorarium voor verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg), in rekening gebracht door de verloskundige of huisarts.

11.8.4 Opname kind in een ziekenhuis zonder medische noodzaak.

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

11.9 Ambulancevervoer

Medisch noodzakelijk ambulancevervoer zoals vermeld in artikel 1.23

11.10 Kaakchirurgische behandeling

11.10.1 Bij ziekenhuisopname vergoeding van de kosten overeenkomstig het bepaalde in artikel 11.1.

11.10.2 Bij niet-klinische behandeling, vergoeding van kosten, met dien verstande dat voor specialistische behandeling, kaakchirurgische behandeling gelezen moet worden.

11.11 Kaakorthopedische behandeling

Vergoeding van de kosten van kaakorthopedische behandeling door een orthodontist op advies van de huisarts of tandarts bij een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnato- en/of palatoschisis).

11.12 Farmaceutische Zorg

11.12.1 De kosten van farmaceutische hulp worden vergoed - overeenkomstig de Regeling Farmaceutische Zorg zoals die door ZN is vastgesteld - mits afgeleverd op voorschrift van een arts, tandarts, specialist of verloskundige door een apotheek of apotheekhoudend huisarts, tenzij De Amersfoortse anders bepaalt. Indien een geneesmiddel de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, wordt dat geneesmiddel vergoed. De Regeling Farmaceutische Zorg maakt deel uit van de polis. Indien de farmaceutische hulp in natura

wordt verstrekt, vindt geen aftrek van het op het polisblad vermelde eigen risico plaats.

11.12.2 Per voorschrift worden de geneesmiddelen maximaal vergoed voor een periode van:

- a. vijftien dagen, indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
- b. vijftien dagen, indien het geneesmiddel de bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica betreft;
- c. een maand in overige gevallen;
- d. drie maanden, indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten (waaronder insuline - met uitzondering van hypnotica, anxiolytica of eetlustremmende geneesmiddelen);
- e. een half jaar, indien het orale anticonceptiva betreft.

11.12.3 Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde Geneesmiddelen-vergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Dit betekent dat voor een aantal geneesmiddelen een limiet aan de vergoeding wordt gesteld. Geneesmiddelen waarvoor nog geen limiet is vastgesteld vallen in beginsel buiten de vergoeding, tenzij de Regeling Farmaceutische Zorg of De Amersfoortse anders bepaalt. Indien wel een vergoedingslimiet is vastgesteld en de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet blijft het meerdere buiten de vergoeding van kosten.

11.12.4 De kosten van dieetpreparaten worden vergoed - overeenkomstig de regeling Dieetpreparaten zoals die door ZN is vastgesteld - na toestemming vooraf door De Amersfoortse. Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stof-wisselingsstoornis.

11.12.5 Verbandmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.

11.13 Revalidatie

11.13.1 Vergoed worden de kosten van revalidatie. Hierop bestaat slechts aanspraak indien:

- a. deze hulp voor verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat en
- b. de verzekerde met die hulp in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

11.13.2 Revalidatie kan plaatsvinden:

- a. in een klinische situatie (opneming). Op vergoeding van kosten van revalidatie, gepaard gaande met meerdaagse opneming, bestaat slechts aanspraak indien daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opneming;
- b. in een poliklinische situatie (deeltijd- of dag-behandeling). Een en ander altijd in een erkend centrum voor revalidatie. Vergoeding van de kosten als hierboven vermeld, vindt uitsluitend plaats wanneer door of namens de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming is gevraagd voor opneming en/of behandeling en wanneer De Amersfoortse als bewijs van toestemming aan de instelling een garantieverklaring verstrekt. De aanvraag voor toestemming dient vergezeld te zijn van een behandelplan. Dit behandelplan dient tenminste te bevatten de aard en complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de

behandeling.

11.13.3 Revalidatie van hartpatiënten

Vergoeding van de kosten voor ingangstest, training en uitgangstest.

11.14 Hulpmiddelen

11.14.1 De kosten van aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen (eenvoudige uitvoering) voorgeschreven door de behandelend arts, worden vergoed overeenkomstig limieten vastgesteld in de Regeling Hulpmiddelen van De Amersfoortse. Deze regeling maakt deel uit van de polis. Indien de hulpmiddelen worden afgenomen bij de door De Amersfoortse geselecteerde leveranciers is het eigen risico, zoals vermeld op het polisblad, niet van toepassing. De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn. Een en ander ter beoordeling van De Amersfoortse.

11.14.2 Het recht op vergoeding van de kosten van aanschaf dan wel bruikleen bestaat uitsluitend indien en voor zover De Amersfoortse op een daartoe strekkend verzoek tevoren toestemming heeft gegeven. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

11.14.3 De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Regeling Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

11.14.4 Op de kosten van verstrekte hulpmiddelen in bruikleen is het algemene poliseigen-risico niet van toepassing.

11.15 Erfelijkheidsonderzoek

De kosten van hulp in een centrum voor erfelijkheids-onderzoek, na verwijzing door huisarts of specialist.

De hulp omvat:

- a het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidsonderzoek en DNA-onderzoek;
- b de erfelijkheidsadviesing en de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde, zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens adviesing plaatsvinden.

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

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

12 Diensten Amersfoortse Managed Care

De verzekerde kan terecht bij de medewerkers van de afdeling Managed Care voor onder meer: wachtlijstbemiddeling (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, adviesing over kraamzorg en algemene informatie over gezondheid, ziekte en preventie. De afdeling Managed Care is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer 033 4642881.

13 Klachten

Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing.

Voor klachten naar aanleiding van deze verzekering kan verzekeringnemer zich wenden tot:

- de afdeling Cliëntenservice van De Amersfoortse,

telefoon (033) 464 25 55 of e-mail:

clientenservice@amersfoortse.nl

- Stichting Klachteninstituut Verzekeringen,

postbus 93560, 2509 AN Den Haag,

Telefoon (070) 333 899 90