



Supplement behorend bij polisvoorwaarden Delta Lloyd Ziektekostenverzekering Select 2003, model FE 03.2.02 A.

De voorwaarden zijn met ingang van 1 januari 2005 als volgt gewijzigd:

Artikel 1

Bijzondere voorwaarden

In aanvulling op de Algemene Voorwaarden geldt dat geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van:

- psycho-analyse, psychotherapie en psychologische hulp, niet zijnde eerstelijns psychologische hulp;
- inwendige elektrostimulators en het inbrengen hiervan, tenzij opgenomen in de tarieflijst Instellingen;
- het ongedaan maken van een vrijwillig ondergane sterilisatie en de gevolgen hiervan;
- chelatatie- en celtherapie;
- vormverbeterende behandelingen van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid. Vergoeding wordt wel verleend wanneer er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval, lichamelijke ziekte of van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.

Artikel 2

Dekking

De verzekeraar vergoedt de kosten die voor zijn verzekerden zijn ontstaan ten gevolge van medisch noodzakelijke hulp, tenzij anders aangegeven, voorzover het risico in de verzekering is begrepen, overeenkomstig de hierna genoemde dekking. Dekking wordt verleend op basis van het door of namens de verzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien geen tarief is overeengekomen, vergoedt de verzekeraar genoemde kosten op basis van het door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) krachtens de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) vastgestelde rechtsgeldige tarief of het door het ziekenhuis vastgestelde DBC-tarief, tenzij anders aangegeven.

1 Alternatieve en bijzondere geneeswijzen

Vergoeding tot een maximum van € 910,00 per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van consulten en/of behandelingen van:

- a acupunctuur en/of;
- b antroposofische geneeskunde, waaronder ook kunsttherapieën (beeldend, muziek en/of spraak) en/of;
- c chiropractie en/of;
- d enzymtherapie en/of;
- e homeopathie en/of;
- f Moermantherapie en/of;
- g natuurgeneeskundige hulp en/of;
- h (ortho)manuele therapie, niet zijnde manuele therapie vallend onder fysio- of oefentherapie als genoemd in deze verzekering en/of;
- i orthopedische geneeskunde en/of;
- j podotherapie, podo-orthesiologie en/of podoposturaal therapie, met uitzondering van de daarbij vervaardigde hulpmiddelen anders dan de steunzolen zoals genoemd in artikel 2.19.2, en/of;
- k proctologie en flebologie en/of;
- l osteopathie.

Uitsluitend consulten en/of behandelingen toegepast door een arts of een therapeut die is aangesloten bij een beroepsgroep van de genoemde alternatieve geneeswijze, komen voor vergoeding in aanmerking.

Delta Lloyd is graag behulpzaam bij het vinden van een zorgaanbieder, telefoon (070) 310 08 88.

2 Bevallings en kraamzorg

- 1 Bevallings in een ziekenhuis met medische indicatie
 - c een vergoeding van € 1.300,00 per bevalling voor de verzekerde moeder onder aftrek van een bedrag van € 162,50 per verpleegdag als op grond van het DBC-tarief door het ziekenhuis in rekening gebracht.
- 2 Bevallings in een ziekenhuis zonder medische indicatie, poliklinisch of thuis
 - c een vaste vergoeding van € 1.300,00 per bevalling voor de verzekerde moeder. In plaats van een vaste vergoeding kan worden gekozen voor zorg in natura geregeld door de verzekeraar. Deze kraamzorg moet ten minste vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum worden aangevraagd. Voor informatie over deze kraamzorg en de voorwaarden die daarvoor gelden, kunt u contact opnemen met Delta Lloyd, telefoon (070) 310 08 88.
- 6 GeboorteTENS

Vergoeding voor de huurkosten van een geboorteTENS op voorschrift van de behandelend arts gedurende maximaal zes weken. Het recht op vergoeding bestaat na bemiddeling door de verzekeraar.

4	Buitenland	1 Behandeling in het buitenland wegens een onvoorzien ziektegeval a Vergoeding voor de kosten van spoedeisende medisch noodzakelijke hulp wegens een onvoorzien ziektegeval ontstaan tijdens de eerste 12 maanden van een verblijf in het buitenland voor vakantie, dienstreis of studietoelagen tot ten hoogste 200% van de kosten, die bij een soortgelijke behandeling in Nederland zouden zijn uitgekeerd met inachtneming van de op grond van de polisdekking geldende maximale vergoeding. In geval van ziekenhuisverpleging wordt de berekening naar Nederlandse maatstaven gebaseerd op de gemiddelde verpleegkosten per dag in Nederland. d Volledige vergoeding voor de kosten van repatriëring per ambulance en/of per vliegtuig inclusief de in rekening gebrachte kosten van begeleiding. Vergoeding wordt verleend indien voor de repatriëring een medische noodzaak aanwezig is. Repatriëring is medisch noodzakelijk wanneer behandeling in het buitenland op medische gronden onverantwoord is. De medische noodzaak voor repatriëring dient vooraf door de Delta Lloyd Hulpdienst te worden beoordeeld. e Vergoeding voor de kosten bij overlijden van de verzekerde van: – het vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland of; – begrafenis of crematie in het buitenland en de kosten verbonden aan de overkomst van gezinsleden tot een maximumbedrag dat gepaard zou zijn gegaan met repatriëring van het stoffelijk overschot. Vergoeding wordt verleend indien het vervoer, de begrafenis of crematie vooraf is gemeld bij de Delta Lloyd Hulpdienst. 2 Behandeling binnen Europa wegens een voorzien ziektegeval Vergoeding voor de kosten van medische hulp binnen Europa tot ten hoogste de in Nederland geldende of door de verzekeraar overeengekomen tarieven. In geval van ziekenhuisverpleging wordt de berekening naar Nederlandse maatstaven gebaseerd op de gemiddelde verpleegkosten per dag in Nederland. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien: – de hulp ook in Nederland onder de polisdekking valt; – voorafgaande schriftelijke toestemming door de verzekeraar is verleend, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld. De in de polisdekking genoemde maximale vergoedingen zijn van toepassing. Geen recht op vergoeding bestaat voor de kosten van vervoer naar, in en van het buitenland. 3 De kosten van alternatieve en bijzondere geneeswijzen in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking.
5	Dagverpleging in een ziekenhuis	Volledige vergoeding voor: 1 de kosten van het medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis verband houdend met specialistische behandeling of onderzoek; 2 de bijkomende kosten; 3 het honorarium van de specialist.
6	Diëtistische voedingsadviezen	Vergoeding voor de kosten van voedingsadviezen door een diëtist na schriftelijke verwijzing door de huisarts of de behandelend specialist tot een maximum van € 455,00 per verzekerde per kalenderjaar.
7	Donorkosten bij orgaantransplantaties	Volledige vergoeding voor de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de verpleegklasse waarvoor de donor is verzekerd. Tevens worden vergoed de kosten van medische behandeling gedurende ten hoogste drie maanden, na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen. Voorwaarde is dat die behandeling verband houdt met de desbetreffende orgaandonatie. Vergoeding voor de kosten van vervoer van de donor naar en van het ziekenhuis in verband met de verpleging ter verwijdering van het transplantatieorgaan. Vergoeding vindt plaats op grond van de tarieven van de meest gebruikelijke route in de laagste klasse van openbaar vervoer.
8	Eerstelijns psychologische hulp	Per twee verzekeringsjaren een vergoeding van 'intake' en behandeling door een eerstelijns psycholoog tot een maximum van € 685,00 per verzekerde per indicatie. Het recht op vergoeding van de kosten bestaat als: – er sprake is van kortdurende behandeling. Onder kortdurende hulp wordt maximaal 12 behandelingen verstaan; – de aanvraag vergezeld is van een verklaring van de behandelend arts, waarin de indicatie en duur van de behandeling wordt vermeld en; – de verzekeraar vooraf schriftelijke toestemming heeft verleend en; – de eerstelijns psycholoog aangesloten is bij de LVE, ROEP, NIP of Cenzo. Geen vergoeding wordt verleend voor kosten van behandelingen gerelateerd aan onderwijs en/of scholing en voor orthopedagogische hulp.
9	Eigen bijdragen AWBZ	Volledige vergoeding voor de krachtens de AWBZ door de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen: – voor niet-klinische psychiatrische hulp in geval van individuele psychotherapie, groepspsychotherapie, partner-relatiepsychotherapie en gezinspsychotherapie. Een en ander tot het in de AWBZ vastgestelde maximum per jaar per verzekerde dan wel, in geval van gezinspsychotherapie, per gezin. Geen vergoeding wordt verleend voor eigen bijdragen voor hulp verstrekt door of vanwege het RIAGG; – voor verblijf in een hospice of een bijna-thuis-huis.
12	Farmaceutische hulp	4 Farmaceutische hulp die niet overeenkomstig de in artikel 2.12.1 genoemde regeling Farmaceutische Hulp is verleend, doch die geneesmiddelen betreft die overeenkomstig de Geneesmiddelenwet geleverd mogen worden en die op voorschrift van een in Nederland gevestigde (huis)arts, tandarts, tandartspecialist of verloskundige zijn geleverd door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudende (huis)arts, komt overeenkomstig artikel 2.12.5 voor vergoeding in aanmerking. 5 Vergoeding wordt verleend tot een maximum van € 115,00 per verzekerde per kalenderjaar voor de in artikel 2.12.3 en artikel 2.12.4 genoemde kosten tezamen. De hulp genoemd in artikel 2.12.9 maakt geen onderdeel uit van deze vergoedingsregeling.

	6 Geen vergoeding wordt verleend voor: – vaccinaties, met uitzondering van vaccinaties zoals vermeld in artikel 2.4.7; – versterkende middelen, voedings- en vermageringsmiddelen en voedingssupplementen; – tonica, medicinale wijnen en/of traanproducten; – zepen, shampoos, badoliën, balsems, lotions en/of haargroeimiddelen; – laxeremiddelen; – steriel hydrofielgaas ter zake van verloskundige hulp; – verbandmiddelen, tenzij er sprake is van een ernstige aandoening, waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is; – middelen die voor een andere indicatie worden toegepast dan waarvoor registratie in de Geneesmiddelenwet is afgegeven; – middelen die niet geregistreerd zijn als homeopatisch en/of antroposofisch geneesmiddel; – middelen ter behandeling van nicotineafhankelijkheid die niet voldoen aan de regeling Farmaceutische Hulp; – vitaminepreparaten die niet voldoen aan de regeling Farmaceutische Hulp; – middelen genoemd in bijlage 2 van de regeling Farmaceutische Hulp die worden toegepast voor andere indicaties dan genoemd in die regeling; – zelfzorgmiddelen en identieke receptgeneesmiddelen die niet voldoen aan de regeling Farmaceutische Hulp. 9 Volledige vergoeding voor de kosten van anticonceptiva, die overeenkomstig de Geneesmiddelenwet geleverd mogen worden, voor verzekerden vanaf 21 jaar. Het recht op vergoeding bestaat indien de middelen zijn voorgeschreven door een in Nederland gevestigde (huis)arts en zijn geleverd door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudend (huis)arts. 10 De verzekeraar heeft de bevoegdheid te bepalen dat slechts vergoeding wordt verleend voor een door de verzekeraar aangewezen geregistreerd geneesmiddel, tenzij het aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde volgens de behandelend arts medisch niet verantwoord is.
14 Fysiotherapie en oefentherapie	Volledige vergoeding voor de kosten van behandelingen door een fysiotherapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar. Het recht op vergoeding van deze kosten bestaat indien: – de nota is vergezeld van een verklaring met medische indicatie van de behandelend arts, waaruit moet blijken dat de behandeling medisch noodzakelijk is en – de fysiotherapeut een overeenkomst met de verzekeraar heeft. Indien de fysiotherapeut geen overeenkomst met de verzekeraar heeft, vindt vergoeding plaats tot maximaal het door het vastgestelde CTG-tarief dat in 2004 voor de desbetreffende behandeling van kracht was. Delta Lloyd is graag behulpzaam bij het vinden van een gecontracteerde zorgaanbieder, telefoon (070) 310 08 88. Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van onder andere: – zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek; – sportmassage; – arbeids- en bezigheidstherapie; – therapie die alleen gegeven wordt om de conditie door middel van training te bevorderen.
17 Huidtherapie	1 Camouflagetherapie Vergoeding voor de kosten van camouflagelessen door een huidtherapeut en de aanschafkosten van de voor die lessen benodigde middelen tot een maximum van € 185,00 per verzekerde per kalenderjaar. 2 Epilatie in het gelaat Vergoeding van de kosten van epilatie in het gelaat door een huidtherapeut tot een maximum van € 185,00 per verzekerde per kalenderjaar. 3 Acné-behandeling Vergoeding van de kosten van peeling door een huidtherapeut in geval van ernstige acné tot een maximum van € 185,00 per verzekerde per kalenderjaar. 4 Oedeemtherapie Vergoeding van de kosten van behandeling door een huidtherapeut tot een maximum van € 185,00 per verzekerde per kalenderjaar.
19 Hulpmiddelen	2 Hulpmiddelen in eigendom Vergoeding overeenkomstig de maximumbedragen van de regeling Hulpmiddelen voor de kosten van aanschaf, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen in eenvoudige uitvoering. Het gaat hier om de hieronder genoemde middelen: – allergeenvrije en stofdichte matras-, kussen- en dekbedhoezen (zie ook artikel 2.19.3); – brillenglazen en contactlenzen bij wijziging van de medische indicatie binnen 12 maanden na een eerdere aanschaf. Als indicaties gelden onder andere bepaalde hoornvliesonregelmaticheden en brekingsafwijkingen van meer dan tien dioptrieën (zie ook artikel 2.19.3); – elastische kousen; – een fax (zie ook artikel 2.19.3); – gehoorhulpmiddelen; – hulpmiddelen bij diabetes (apparatuur voor het zelf afnemen van bloed en/of testmateriaal); – hulpmiddelen voor mobiliteit (blindentaststok); – injectiespuiten; – orthesen; – pessaria en IUD (koperhoudende spiraaltjes) voor verzekerden tot 21 jaar; – prothesen; – pruiken (zie ook artikel 2.19.3); – orthopedisch schoeisel; – verzorgingsmiddelen (zie ook artikel 2.19.3).

Bijzondere aanspraken:

- penis-implantaten/vacuümpomp;
- pessaria en IUD (koperhoudende spiraaltjes) voor verzekerden vanaf 21 jaar;
- orthopedische en/of podotherapeutische steunzolen. Het recht op vergoeding bestaat indien de steunzolen:
 - individueel zijn aangemeten en naar maat zijn vervaardigd en
 - geleverd zijn door een erkend leverancier van orthopedische hulpmiddelen of een podotherapeut.

9 Plaswekker

Vergoeding voor de huurkosten van een plaswekker gedurende maximaal drie maanden per verzekerde. Het recht op vergoeding bestaat indien:

- er sprake is van nachtelijk bedplassen;
- de aanvraag vergezeld is van een verklaring van de behandelend arts waarin de indicatie is vermeld;
- de verzekerde een leeftijd tussen 6 en 16 jaar heeft;
- bemiddeling door de verzekeraar heeft plaatsgevonden.

27 Medisch-specialistische zorg anders dan in een ziekenhuis

Volledige vergoeding voor:

- de kosten van medisch-specialistische zorg die buiten het ziekenhuis en zonder enige gebruikmaking van ziekenhuisfaciliteiten wordt verleend. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien de zorgaanbieder een overeenkomst met de verzekeraar heeft. Vergoeding van deze kosten vindt plaats op basis van het door of namens de verzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarief;
- de kosten van laboratoriumonderzoek op voorschrift van de huisarts in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

33 Osteopathie

Vervalt.

37 Reiskosten ouders

Vergoeding voor de reiskosten naar en van een ziekenhuis in Nederland in verband met een ziekenhuisopname van een kind. Vergoeding wordt verleend op basis van de kosten van openbaar vervoer, 2e klasse aan één ouder per bezoek tot maximaal vier bezoeken per week. Het recht op vergoeding van deze kosten bestaat indien het kind:

- op deze polis meeverzekerd is en
- niet ouder is dan 15 jaar en
- opgenomen is in een ziekenhuis buiten de eigen woonplaats.

38 Revalidatie

Volledige vergoeding voor de kosten van:

- 1 revalidatie behandelingen, mits de nota is vergezeld van het door de specialist opgestelde behandelplan;
- 2 hartrevalidatie;
- 3 klinische revalidatie tot maximaal 365 dagen;
- 4 het honorarium van de revalidatie-arts voor hulp die buiten het ziekenhuis en zonder enige gebruikmaking van ziekenhuisfaciliteiten wordt verleend.

42 Sportorganisaties voor hartpatiënten

Vergoeding tot een maximum van € 190,00 per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van deelname aan activiteiten van sportorganisaties voor hartpatiënten.

Het recht op vergoeding bestaat als:

- er sprake is van een tijdelijke of blijvende hartaandoening zoals bijvoorbeeld na een doorgemaakt hartinfarct, een dotterprocedure of een open hartoperatie en
- de activiteiten plaatsvinden met schriftelijke goedkeuring van de behandelend arts/specialist onder deskundige leiding en
- de nota vergezeld is van deze schriftelijke verklaring. De verklaring is nodig bij aanvang van de activiteiten.

45 Tandheelkundige zorg

2 Voor verzekerden vanaf 18 jaar

a Vervalt.

b door een tandarts of orthodontist

Vergoeding voor de kosten van kaakorthopedische behandeling (orthodontie of gebitsregulatie) tot een maximum van € 1.250,00 per verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding voor de kosten van reparatie of vervanging van orthodontische apparatuur die het gevolg is van toerekenbare onachtzaamheid van de verzekerde.

6 Gebitsprothese

a Vergoeding van 75% voor de kosten, inclusief techniekkosten, van een uitneembare volledige gebitsprothese voor de onder- en/of bovenkaak vervaardigd door:

- een tandarts of een centrum voor bijzondere tandheelkunde;
- een tandprotheticus waarmee de verzekeraar daartoe een overeenkomst heeft gesloten.

Als de uitneembare volledige gebitsprothese wordt vervaardigd en geplaatst door een tandarts of een centrum voor bijzonder tandheelkunde komen voor deze vergoeding in aanmerking de uitneembare volledige:

- immediaatprothese voor de onder- en/of bovenkaak;
- vervangingsprothese voor de onder- en/of bovenkaak;
- overkappingsprothese op natuurlijke elementen voor de onder- en/of bovenkaak.

Als de uitneembare volledige gebitsprothese wordt vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus komt voor deze vergoeding uitsluitend in aanmerking de uitneembare volledige vervangingsprothese voor de onder- en/of bovenkaak.

b Volledige vergoeding van de kosten van reparatie en rebasen door:

- een tandarts van een bestaande uitneembare volledige gebitsprothese in de onder- en/of bovenkaak;
- een tandprotheticus van een bestaande uitneembare volledige vervangingsprothese in de onder- en/of bovenkaak. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien de tandprotheticus een overeenkomst met de verzekeraar heeft.

Delta Lloyd is graag behulpzaam bij het vinden van een gecontracteerde tandprotheticus, telefoon (070) 310 08 88.

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

- 9 Tandheelkundige hulp voor verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap Als door een verstandelijke en/of lichamelijke handicap een langere dan normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling van de verzekerde noodzakelijk is, wordt vergoeding verleend op basis van een goedgekeurd tarief per behandeluur. De aanspraak genoemd onder artikel 2.45.1a is dan niet van toepassing. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien geen aanspraak gemaakt kan worden op tandheelkundige hulp vergoed uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

48 Zelfstandige behandelcentra

Volledige vergoeding voor de kosten van gecontracteerde behandelingen in een zelfstandig behandelcentrum waarmee de verzekeraar daartoe een overeenkomst heeft gesloten. Vergoeding van deze kosten vindt plaats op basis van het door of namens de verzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarief.

51 Voetverzorging voor diabetici

Vergoeding voor de kosten van voetverzorging voor diabetici door een pedicure tot een maximum van € 200,00 per verzekerde per kalenderjaar.

Algemene Voorwaarden

Artikel 3

Uitsluitingen en beperkingen

Geen vergoeding wordt verleend:

- 2 als de kosten betrekking hebben op of verband houden met:
- de eigen bijdragen of eigen risico's ingevolge de Ziekenfondswet, de standaardpakketpolis en/of de AWBZ, tenzij deze eigen bijdragen of eigen risico's uitdrukkelijk zijn opgenomen in de onderhavige dekking;
 - de no-claimteruggaaf Ziekenfondswet;
 - de eigen bijdragen bij bevolkingsonderzoeken, tenzij deze eigen bijdragen uitdrukkelijk zijn opgenomen in de onderhavige dekking;
 - declaraties van niet nagekomen afspraken voor consult en/of behandeling.

Beperkte vergoeding wordt verleend:

- 6 bij schade als gevolg van gebeurtenissen die (direct of indirect) verband houden met:
- terrorisme of preventieve maatregelen
 - handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme of preventieve maatregelen.

De schadevergoeding kan door de verzekeraar worden beperkt tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar, overeenkomstig de toepassing van het Uitkeringsprotocol, ontvangt van de NHT. De NHT beslist of er sprake is van een terrorisemeschade. Op vergoeding kan niet eerder aanspraak worden gemaakt dan na deze beslissing en de bekendmaking van het bedrag van de vergoeding.

Elk recht op schadevergoeding vervalt als de melding van de claim niet is gedaan binnen twee jaar nadat de NHT heeft beslist of er sprake is van een terrorisemeschade.

Artikel 4

Grondslag van de verzekering

- 2 De verzekeraar is geen vergoeding van kosten verschuldigd als de verzekeraar niet in de gelegenheid is gesteld de juiste omvang van het te verzekeren risico te beoordelen. Beoordeling is niet mogelijk als de op het aanvraagformulier gestelde vragen niet, onvolledig of in strijd met de waarheid zijn beantwoord dan wel als opzettelijk, met de bedoeling de verzekeraar te misleiden, gegevens zijn verzwegen. De verzekeraar is bevoegd zich in deze gevallen op basis van artikel 251 Wetboek van Koophandel op nietigheid van de verzekeringsovereenkomst te beroepen dan wel deze zonder inachtneming van een opzegtermijn te beëindigen.

Artikel 5

Algemeen

- 2 De verzekerde is vrij in de keuze van apotheek, medisch hulpverlener en instelling, tenzij de verzekeraar in de onderhavige dekking anders heeft bepaald.
- 3 Privacy
- 1 Verwerking gegevens
- Delta Lloyd Zorgverzekering NV verwerkt persoonsgegevens en bedrijfsgegevens voor zover dat nodig is voor een verantwoorde uitoefening van de bedrijfsdoelstellingen. Deze uitoefening bestaat uit:
- a Het verwerken van persoonsgegevens ten behoeve van het voorbereiden, het aangaan, de uitvoering en beëindiging van overeenkomsten. Hieronder vallen onder meer de gegevensverwerking in het kader van de precontractuele fase, het maken van offertes en het verschaffen van informatie, het kopen, bestellen en het leveren van goederen en diensten en het beheersen en beperken van de schadelast. Het afhandelen van transacties en ook het bemiddelen bij volgende transacties of verzoeken die voortkomen uit eerdere dienstverlening zoals claims, declaraties of tussentijdse beëindiging;
 - b Het verwerken van persoonsgegevens ten behoeve van managementinformatie, product- en dienstontwikkeling en het bepalen van het algemene beleid of andere activiteiten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering;
 - c Het voldoen aan wettelijke verplichtingen;

- d Het verwerken van persoonsgegevens ter voorkoming van fraude, waaronder het verstrekken van informatie over claims, declaraties en tussentijdse beëindiging zowel binnen de branche als aan gerechtelijke instanties;
 - e Het behandelen van geschillen en het doen uitoefenen van accountantscontrole;
 - f Het verwerken van persoonsgegevens, niet zijnde bijzondere gegevens, voor direct marketing doeleinden en servicegerichte doeleinden gericht op het totstandbrengen, in stand houden en uitbreiden van een directe relatie tussen Delta Lloyd Zorgverzekering NV en de andere maatschappijen binnen het Delta Lloyd-concern met klanten, precontractuele klanten en prospects.
- 2 Recht van Verzet
Als u geen prijs stelt op informatie over producten en diensten door Delta Lloyd, dan kunt u daartegen verzet aantekenen.
- 3 Inzage- en Correctierecht
U heeft de mogelijkheid tot inzage en eventueel tot correctie van uw persoonsgegevens. Hiertoe kunt u schriftelijk contact opnemen met de privacy-coördinator (Postbus 29677, 2502 LR Den Haag).

Artikel 6

Aanvang, duur en einde van de verzekering

- 3 Einde van de verzekering
- De verzekering eindigt:
- 3 voor alle verzekerden op de polis door schriftelijke opzegging door de verzekeraar op een door de verzekeraar te bepalen tijdstip in geval van:
- a verzwijging of onjuiste opgave als bedoeld in artikel 4.2 van de algemene voorwaarden;
 - b schorsing als bedoeld in artikel 10.3 van de algemene voorwaarden;
 - c (een poging tot) bedrog en/of oplichting en/of andere ernstige misdragingen (zoals dwang of bedreiging) door de verzekeringnemer en/of verzekerde. In die gevallen zullen zowel de hoofdverzekering als ook de aanvullende verzekering(en) worden beëindigd met ingang van de dag waarop het bedoelde feit heeft plaatsgevonden of op een andere door verzekeraar te bepalen datum. Ook indien het bovenstaande betrekking heeft op een ziekenfondsverzekering beëindigt verzekeraar de aanvullende verzekering(en) van alle verzekerden. Geen aanspraak bestaat op het terugbetalen van premies, ook niet wanneer sprake is van een beëindiging met terugwerkende kracht. Nog openstaande premies blijven verschuldigd.
- 5 bij permanente vestiging van de verzekerde in het buitenland.

Sluimerdekking

Voor verzekerden tot de leeftijd van 50 jaar bestaat, bij verblijf in het buitenland, de mogelijkheid de verzekering te laten sluimeren tegen een gereduceerde premie. Tijdens de sluimerdekking geldt voor de op de polis verzekerde personen geen recht op dekking. Indien binnen 30 dagen na de datum van terugkeer in Nederland het verzoek van de verzekerde door de verzekeraar wordt ontvangen de verzekering in kracht te herstellen, behoeft hiertoe geen nieuwe gezondheidsverklaring te worden overgelegd. De sluimerdekking vervalt per eerste van de volgende maand, indien het verzoek van verzekerde om de verzekering weer in kracht te herstellen niet binnen 30 dagen na terugkeer in Nederland door de verzekeraar is ontvangen.

Artikel 7

Voortzetting van de verzekering

- 1 Zelfstandige voortzetting
- Als een op de polis meeverzekerd kind
- b de 30-jarige leeftijd bereikt kan dit kind niet meeverzekerd blijven op de polis van de ouders. Per de eerstvolgende polisvervaldatum vervalt het recht op medeverzekering van dit kind. De verzekering voor dit kind kan aansluitend worden voortgezet op zelfstandige basis, met inachtneming van de daarbij geldende regels, premies en voorwaarden.
- 2 Voortzetting van collectieve verzekeringen
- 2 Individuele voortzetting
- Als de collectieve verzekering eindigt wegens:
- beëindiging van het dienstverband, waarbij de verzekerde een nieuwe betrekking bij een in Nederland gevestigde werkgever aanvaardt;
 - arbeidsongeschiktheid;
 - onvrijwillige werkloosheid;
- kan de verzekeringnemer / verzekerde zichzelf en zijn gezin aansluitend op individuele basis verzekeren. Een dergelijke voortzetting geschiedt voor wat betreft de particuliere hoofdverzekering tenminste op basis van de voorwaarden van de standaardpakketpolis die op dat moment gelden. Er is dan een premie van toepassing die overeenkomt met de premie die op dat moment geldt voor de Delta Lloyd Ziektekostenverzekering Start. De bijbehorende premie is gebaseerd op een eigen risicobedrag dat het meest overeenkomt met het eigen risicobedrag dat op de standaardpakketpolis van toepassing is. De aanvraag hiervoor moet schriftelijk, binnen 30 dagen nadat het dienstverband eindigt, bij de verzekeraar worden ingediend. Deze regeling vervalt als de verzekerde bij een nieuwe werkgever kan toetreden tot een collectieve ziektekostenverzekering.

Artikel 8

Begin en einde van de vergoedingen

- 1 a De verzekeringnemer heeft recht op vergoeding van de kosten, voor zover gemaakt tijdens de periode dat de verzekering van kracht is. Bepalend daarvoor is de datum van medische behandeling, verpleging of onderzoek.
- b In afwijking van het onder 8.1.a gestelde geldt dat de kosten tot afsluiting van een DBC voor rekening komen van de verzekeraar waar de verzekerde bij opening van de DBC was verzekerd.

- 3 Iedere aanspraak op vergoeding van kosten vervalt als door of namens de verzekeringnemer of door de verzekerde over de desbetreffende ziektekosten enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overgelegd of enige onjuiste opgave is gedaan. Het verval van recht op vergoeding kan betrekking hebben op de volledig ingediende aanspraak op vergoeding en/of verstrekking, daarmee ook op die delen van de ingediende aanspraak waarbij geen feiten en omstandigheden zijn verzwegen of onware opgaven zijn gedaan. De verzekeraar zal alle reeds uitgekeerde vergoedingen van de desbetreffende ziektekosten terugvorderen. De verzekeraar beëindigt direct na constatering het recht op uitkering volgens deze verzekering. Bovendien beëindigt de verzekeraar na constatering van bedrog de verzekering met terugwerkende kracht per de ingangsdatum van de verzekering.

Artikel 9

Verplichtingen van de verzekeringnemer en/of de verzekerde

De verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht:

- 7 zich bij verpleging, onderzoek of behandeling in een ziekenhuis of polikliniek te legitimeren.

Artikel 10

Premie en eigen risico

2 Premie kinderen

Per verzekerd gezin is voor maximaal twee kinderen beneden de leeftijd van 18 jaar premie verschuldigd. Deze premiekorting vervalt met ingang van de eerste dag van de maand waarin het kind 18 jaar wordt. Premiekorting wordt verleend voor kinderen van 18 tot 30 jaar voor wie aanspraak bestaat op kinderbijslag of op een toelage krachtens de Wet studiefinanciering 2000 of op buitengewone lastenafrek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge artikel 6.1 en artikel 6.4 van de Wet Inkomstenbelasting 2001, jo. artikel 35 en 36 van de Uitvoeringsregeling Inkomstenbelasting 2001, mits behorende tot een gezin waarvan tenminste een van de ouders bij de verzekeraar is verzekerd. Deze premiekorting vervalt met ingang van de eerste dag van de maand waarin het kind op de genoemde aanspraken geen recht meer kan doen gelden of 30 jaar wordt.

4 Eigen risico

- 6 Als een DBC niet wordt afgesloten in het verzekeringsjaar waarin deze is geopend, wordt op de kostenvergoeding voor deze DBC alleen het openstaande eigen risico van het jaar waarin de openingsdatum van de DBC ligt, op de kostenvergoeding in mindering gebracht.

Artikel 13

Belangrijke aanwijzingen

5 Vragen en/of opmerkingen

Heeft u vragen en/of opmerkingen dan kunt u contact met ons opnemen.

Als geen overeenstemming wordt bereikt, kunt u zich wenden tot de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen. Dit instituut bepaalt of uw klacht wordt voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen - deze heeft een bemiddelende rol - of aan de Raad van Toezicht Verzekeringen - deze beoordeelt of de verzekeraar de goede naam van het verzekeringsbedrijf heeft geschaad.

De adressen van de hiervoor genoemde instanties zijn:

– Delta Lloyd Zorgverzekering NV, Postbus 29677, 2502 LR Den Haag

– Stichting Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag

U kunt zich ook rechtstreeks wenden tot de Ombudsman Zorgverzekeringen via de website www.ombudsmanzorgverzekeringen.nl of schriftelijk via Postbus 291, 3700 AG Zeist.

Aanvullende verzekeringen

Indien en voor zover de hierna genoemde aanvullende verzekeringen uitdrukkelijk zijn vermeld op het polisblad zijn hiervoor de volgende artikelen van toepassing.

Artikel 14

Verzekering 'Hogere klasseverpleging'

1 Bijzondere voorwaarden

- 1 In aanvulling op de 'Algemene voorwaarden' geldt dat de artikelen 2, 6.3.4, 7.2.2, 9.4, 9.5, 10.2 en 10.4 niet van toepassing zijn.
- 2 Per verzekerd gezin is voor maximaal twee kinderen beneden de leeftijd van 18 jaar premie verschuldigd. Deze premiekorting vervalt met ingang van de eerste dag van de maand waarin het kind 18 jaar wordt.

2 Dekking

- 1 Vergoeding voor de kosten van medisch noodzakelijke ziekenhuisverpleging in de tweede klasse in Nederland. Vergoeding wordt verleend tot ten hoogste het door of namens de verzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarief voor tweede klasseverpleging in een ziekenhuis in Nederland. Indien geen tarief is overeengekomen, vergoedt de verzekeraar genoemde kosten tot ten hoogste het officieel goedgekeurde CTG-tarief voor klasseverpleging.
- 3 Als opname geschiedt in een ziekenhuis waarin geen tweede klasse aanwezig of beschikbaar is, wordt het verzekerde bedrag per opnamedag uitbetaald. Het verzekerde bedrag is € 23,00 per opnamedag, tenzij op uw polisblad anders is vermeld.

Artikel 15

Tanden Gaaf Polis

1 Bijzondere voorwaarden

In aanvulling op de 'Algemene voorwaarden' geldt:

- 1 De artikelen 1, 2, 5.1, 6.3.4, 7.2.2, 9.4, 9.5, 10.2 en 10.4 zijn niet van toepassing.

- 5 Vervalt.

Begripsomschrijvingen

10 Eerstelijns psychologische hulp	Kortdurende psychologische hulp te verlenen door een vrijgevestigde psycholoog die een samenwerkingsverband heeft met een of meer huisartsen. Onder kortdurende hulp wordt maximaal 12 behandelingen verstaan.
15 Farmaceutische hulp	De regeling Farmaceutische hulp omvat: – geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Geneesmiddelenwet mogen worden afgeleverd; – andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Geneesmiddelenwet mogen worden afgeleverd; – bloedproducten en uit bloed bereide producten als bedoeld in de Wet inzake bloedvoorziening; – verbandmiddelen; – polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. Deze preparaten zijn kunstmatig bereide voedingen waarin eiwitten, vetten, suikers, koolhydraten en/of vitaminen zijn opgenomen. De preparaten zijn ontwikkeld voor personen met een ernstige slik-, passage-, of stofwisselingsstoornis, voedselallergie, chronisch obstructief longlijden, cystische fibrose en aangeboren hartfalen bij kinderen.
22 Hoofdverzekering	De verzekering op grond van de Ziekenfondswet gesloten bij Delta Lloyd Ziekenfonds, de standaardpakketpolis (SPP), dan wel een basisziektekostenverzekering gesloten bij Delta Lloyd Zorg.
53 Ziekenhuisverpleging	De opname en het verdere verblijf van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang verpleging, onderzoek en behandeling in een ziekenhuis naar internationaal-medische normen gebruikelijk wordt geacht, terwijl ononderbroken behandeling door een specialist en/of kaakchirurg medisch noodzakelijk is.
54 Ziekenvervoer	Het medisch noodzakelijk vervoer in Nederland van de verzekerde zelf, verband houdend met medische behandeling ten behoeve van deze verzekerde, mits de kosten van deze behandeling geheel of gedeeltelijk voor rekening van de verzekeraar komen. Onder vervoer per ambulance of hulpambulance wordt verstaan medisch noodzakelijk vervoer van zieken en gewonden per (hulp)ambulance-auto.
57 NHT/Uitkeringsprotocol	De verzekeraar heeft zich voor het terrorismerisico herverzekerd bij de Nederlandse Herverzekersmaatschappij voor Terrorisemeschaden NV (NHT). Op de regeling van terrorisemeschade is het 'Protocol afwikkeling claims' van toepassing. Een afschrift van de volledige tekst van dit protocol is verkrijgbaar bij de verzekeraar.
58 Preventieve maatregelen	Van overheidswege en/of door verzekerde(n) en/of door derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme af te wenden of - indien dit gevaar zich heeft verwezenlijkt - de gevolgen daarvan te beperken.
59 Terrorismes	Gewelddadige handelingen en/of gedragingen, in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen, alsmede het (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood ten gevolge hebbend, bij mensen of dieren en/of schade aan zaken ontstaat, dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks, respectievelijk het verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen - 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.
60 CTG	College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting.
61 DBC	Een Diagnose Behandeling Combinatie is het geheel van activiteiten en verrichtingen van ziekenhuis en medisch specialist voortvloeiend uit de zorgvraag waarmee een patiënt de specialist in het ziekenhuis consulteert
62 Medische noodzaak	De noodzaak van onderzoek, verpleging of behandeling, volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk, noodzakelijk en doelmatig is, 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.
63 WTG	Wet tarieven gezondheidszorg, tevens omvattende de WTG ExPres.

Dit supplement maakt onderdeel uit van de polisvoorwaarden DeltaLloyd Ziektekostenverzekering Select 2003, model FE 03.2.02 A.