

Inhoudsopgave

Zeker Beter Polis Internationaal

Artikel 1 Bijzondere voorwaarden

Artikel 2 Dekking

Algemene voorwaarden

Artikel 3 Grondslag van de verzekering

Artikel 4 Algemeen

Artikel 5 Aanvang, duur en einde van de verzekering

Artikel 6 Voortzetting van de verzekering

Artikel 7 Begin en einde van de vergoedingen

Artikel 8 Verplichtingen van de verzekeringnemer

Artikel 9 Premie en eigen risico

Artikel 10 Wijziging van premie en/of voorwaarden

Artikel 11 Algemene uitsluitingen en beperkingen

Artikel 12 Algemene bepalingen

Artikel 13 Belangrijke aanwijzingen

Aanvullende verzekeringen

Artikel 14 Verzekering 'Hogere klasseverpleging'

Artikel 15 Verzekering 'AWBZ gerechtigden'

Begripsomschrijvingen

Artikel 1

Bijzondere voorwaarden

Geen vergoeding wordt verleend:

- 1 als de kosten het gevolg zijn van ziekten en/of afwijkingen waarvan het risico, volgens aantekening op de polis, van de verzekering is uitgesloten.
- 2 voor de kosten van:
 - vaccinaties, keuringen, attesten en bevolkingsonderzoeken;
 - behandeling door een psycholoog en/of psychotherapeut en psycho-analyse;
 - tandheelkundige implantaten, alsmede voor de kosten van het inbrengen hiervan;
 - het ongedaan maken van een vrijwillig ondergane sterilisatie en de gevolgen hiervan;
 - alternatieve en bijzondere geneeswijzen;
 - 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;
 - kuuroorden, sportmedische adviescentra en sportbandages;
 - in-vitro-fertilisatie behandelingen;
 - verpleeghuizen en inrichtingen voor zwakzinnigen en gehandicapten.
 - inwendige elektrostimulators en het inbrengen hiervan;
 - chelatie- en celtherapie.

Artikel 2

Dekking

De verzekeraar vergoedt de kosten die voor zijn verzekerden zijn ontstaan ten gevolge van medisch noodzakelijke hulp wegens ziekte of ongeval, voor zover het risico in de verzekering is begrepen, overeenkomstig de hierna genoemde dekking. De vergoeding geschiedt op basis van de dagkoers in Nederland ten tijde van de datum van medische behandeling, in Nederlands wettig betaalmiddel.

1 Bevalling en kraamzorg

- 1 Bevalling met medische noodzaak in een ziekenhuis
 - a volledige vergoeding gedurende ten hoogste 8 aaneengesloten dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling, voor de verpleeg- en bijkomende kosten van moeder en kind tezamen in de verzekerde klasse;
 - b volledige vergoeding van het honorarium voor verloskundige hulp;
 - c een vaste vergoeding van € 115,00 voor elke dag die aan de verzekerde moeder minder in rekening wordt gebracht, indien de verzekerde moeder het ziekenhuis verlaat voordat een periode van 8 dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling, is verstreken.
- 2 Bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis, kraaminrichting, poliklinisch of thuis
 - a volledige vergoeding van het honorarium voor verloskundige hulp, in rekening gebracht bij verzekerde(n) door een specialist, huisarts of verloskundige;
 - b volledige vergoeding van de kosten van gebruik polikliniek door verzekerde(n);
 - c een vaste vergoeding van € 920,00 per bevalling voor de vrouwelijke verzekerde.
- 3 Bij een combinatie van hulp genoemd onder artikel 2.1.1 en artikel 2.1.2 vervalt de vaste vergoeding genoemd onder artikel 2.1.2.

2 Buitenland

- 1 Volledige vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke en spoedeisende hulp in het buitenland bij een verblijf van ten hoogste 6 maanden;
- 2 Volledige vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of taxi naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- 3 Vergoeding van de kosten van repatriëring per ambulance en/of per vliegtuig inclusief de in rekening gebrachte kosten van begeleiding, tot ten hoogste € 7.000,00 per gebeurtenis. Vergoeding wordt verleend indien voor de repatriëring een medische indicatie aanwezig is. Ter beoordeling van de medische indicatie dient een voorgenomen repatriëring vooraf te worden gemeld bij de Delta Lloyd Hulpdienst. De Delta Lloyd Hulpdienst is dag en nacht bereikbaar, ook in het weekend, onder telefoonnummer +31206955562.
- 4 Geen aanspraak op vergoeding bestaat voor de kosten verband houdend met medische hulp die uitsluitend of mede het doel vormt van een verblijf in het buitenland;
- 5 De vergoeding geschiedt op basis van de dagkoers in Nederland ten tijde van de datum van medische behandeling;
- 6 In geval van een acute ziekenhuisopname in het buitenland dient direct contact te worden opgenomen met de verzekeraar of de Delta Lloyd Hulpdienst als vermeld onder 3.
- 7 Onverminderd het voorgaande bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke hulp, voorzover begrepen in de risicodekking, in Nederland. Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van vervoer naar en van Nederland, tenzij het gaat om hulp als genoemd in artikel 2.15.

3 Fysiotherapie

Volledige vergoeding voor de kosten van behandelingen door een fysiotherapeut op voorschrift van een huisarts of specialist. Het recht op vergoeding van deze kosten bestaat indien de nota is vergezeld van een verklaring van de behandelend arts, waarin de indicatie wordt is vermeld. Uit die indicatie moet blijken dat de behandeling medisch noodzakelijk is.

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.

4 Huisartsenhulp

Volledige vergoeding voor de kosten van huisartsenhulp.
Onder huisartsenhulp worden verstaan zowel consulten op het spreekuur in de praktijk van een huisarts, als visites van een huisarts ten huize van de verzekerde.
Geen vergoeding wordt verleend van de kosten van keuringen en van andere niet strikt medisch noodzakelijke hulp en van visites van een huisarts gemaakt in een ziekenhuis.

5 Hulpmiddelen	Volledige vergoeding voor de kosten van de aanschaf, vervanging, correctie of herstel van de navolgende door de behandelend arts voorgeschreven medische hulpmiddelen in eenvoudige uitvoering: prothesen voor arm, hand, schouder, been of voet; mammaprothesen; gelaatsprothesen; oogprothesen; orthesen voor romp, arm, voet, hoofd of hals; gehoorhulpmiddelen; verzorgingsmiddelen voor incontinentie- of stomapatiënten; pessaria; schoenvoorzieningen niet zijnde orthesen; pruik van synthetisch materiaal; injectiespuiten en -naalden; hulpmiddelen bij diabetes; loophulpen; elastische kousen; zuurstofapparatuur met toebehoren; tv-loupe; longvibrator; vernevelaar met misttent; uitwendige elektrostimulator tegen chronische pijn; apparatuur voor positieve uitademingsdruk; draagbare uitwendige infuuspompen met toebehoren. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien en voor zover de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek schriftelijk van tevoren toestemming heeft gegeven, bij welke toestemming nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.
6 Klinisch genetisch onderzoek	Volledige vergoeding voor de kosten van klinisch genetisch onderzoek, na voorafgaande toestemming door de verzekeraar.
7 Logopedie	Vergoeding van de kosten van ten hoogste 24 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar, op voorschrift van een huisarts of specialist, door een logopedist. De kosten van de voortzetting van de behandeling na het bereiken van het hiervoor genoemde aantal worden uitsluitend vergoed na voorafgaande schriftelijke machtiging door de verzekeraar, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld. Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen als er sprake is van een dialect of anderstaligheid.
8 Medicijnen	Volledige vergoeding van de kosten van medicijnen, voorgeschreven door een huisarts of door een specialist en/of gebruikt tijdens de behandeling door de specialist.
9 Nierdialyse	Volledige vergoeding van de kosten van nierdialyse, zowel in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) als bij de verzekerde thuis.
10 Poliklinische specialistische zorg in een ziekenhuis	Volledige vergoeding voor: 1 de kosten van specialistische zorg; 2 de bijkomende kosten; 3 de kosten van operatieve ingrepen door een plastisch chirurg, na voorafgaande schriftelijke toestemming door de verzekeraar op grond van een verklaring van de behandelend arts; 4 de kosten van onderzoek in een audiologisch centrum op voorschrift van een specialist; 5 de kosten van laboratoriumonderzoek op voorschrift van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium; 6 de kosten van individuele psychotherapeutische behandelingen door een psychiater, na voorafgaande toestemming door de verzekeraar, tot ten hoogste 90 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.
11 Preventieve behandelingen	Vergoeding voor de kosten van de volgende preventieve behandelingen: - a electrocardiogram (ECG) (maximaal 1 maal per verzekerde per kalenderjaar) tot een maximum van twee maal het nederlandse wettelijk tarief voor het consult van een huisarts; - b baarmoederhalsuitstrijkje tot een maximum van € 10,00 per verzekerde; - c borstkankeronderzoek.
12 Second opinion	Volledige vergoeding voor de kosten van het raadplegen van een andere specialist ('second opinion'), indien de behandelend specialist een ingrijpende medische behandeling heeft voorgesteld.
13 Sterilisatie en abortus	Volledige vergoeding voor de kosten van sterilisatie en abortus door een specialist in een ziekenhuis.
14 Tandheelkundige zorg	1 Volledige vergoeding voor de kosten van behandeling of onderzoek door een kaakchirurg, die volgens medische en tandheelkundige normen algemeen aanvaard zijn en behoren tot chirurgische hulp van specialistische aard. 2 Volledige vergoeding voor de kosten van kaakorthopedische behandeling (orthodontie of gebitsregulatie) door een orthodontist op advies van een huisarts of tandarts indien de behandeling verband houdt met een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnat- en/of palatoschisis). 3 Voor verzekerden jonger dan 18 jaar - a Vergoeding voor de kosten tot een maximum van € 250,00 per verzekerde per verzekeringsjaarkalenderjaar voor behandeling door een tandarts. - b Vergoeding voor de kosten van kaakorthopedische behandeling (orthodontie) door een orthodontist of door een tandarts tot maximaal € 910,00 per verzekerde voor de duur van de verzekering. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding voor de kosten van reparatie of vervanging van orthodontische apparatuur die het gevolg zijn van toerekenbare onachtzaamheid van de verzekerde.
15 Transplantaties (orgaantransplantaties)	De kosten van transplantatie van de volgende donororganen komen voor vergoeding in aanmerking mits de transplantatie in Nederland plaatsvindt: long, hart-long, huid, hoornvlies, beenmerg, nier, nier-alvleesklier, lever (orthotoop) en hart, alsmede de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties, gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting. De kosten van transplantaties van andere organen worden niet vergoed. De vervoerskosten naar en van Nederland van zowel de donor als de ontvanger worden volledig vergoed. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend mits de behandeling plaatsvindt in een door de bevoegde overheidsinstantie voor deze behandelingen erkende instelling en hiervoor wettelijk goedgekeurde tarieven zijn afgegeven.

16 Ziekenhuisverpleging

- 1 Volledige vergoeding voor de kosten van verpleging in een ziekenhuis in de laagste verpleegklasse, voor de kosten van klinische specialistische en/of kaakchirurgische hulp en voor de bijkomende kosten. Vergoeding vindt plaats tot maximaal 365 dagen.
- 2 In het geval dat een kind wegens borstvoeding in verband met verpleging van de zieke moeder in een ziekenhuis verblijf moet houden, worden ook de kosten van verpleging van het kind vergoed op basis van het geldende tarief tot het kind de leeftijd van drie maanden heeft bereikt. Voorwaarde is dat moeder en kind op deze polis verzekerd zijn.
- 3 In het geval dat de moeder wegens borstvoeding in verband met verpleging van een zieke zuigeling in een ziekenhuis verblijf moet houden, worden ook de verblijfkosten van de moeder vergoed op basis van het geldende tarief gedurende maximaal vier dagen. Voorwaarde is dat moeder en kind op deze polis verzekerd zijn.
- 4 De verzekeringnemer is verplicht van een opname in een ziekenhuis, respectievelijk van een overschrijding van de toegestane opnemingsstermijn, zo mogelijk van tevoren, doch in ieder geval binnen 3 dagen, schriftelijk kennis te geven of te doen geven aan de verzekeraar.

17 Ziekenvervoer

- 1 Vergoeding voor de kosten van medisch geïndiceerd ziekenvervoer, indien en voor zover de behandelend arts om medische redenen vervoer per openbaar vervoermiddel onverantwoord acht, naar en van een ziekenhuis, kraaminrichting of de plaats waar een specialist praktijk uitoefent, overeenkomstig de volgende regeling:
 - a volledige vergoeding van de kosten van vervoer per ambulance;
 - b vergoeding van de kosten van vervoer per taxi;
 - c vergoeding van de kosten van vervoer met de eigen auto van € 0,19 per kilometer.Voor de kosten genoemd onder b en c geldt een eigen risico van € 45,00 per polis per kalenderjaar.
- 2 Geen aanspraak op vergoeding voor kosten van vervoer kan worden gemaakt bij verblijf in een ziekenhuis voorzover dat kan worden geacht ononderbroken voort te duren, tenzij het interklinisch vervoer betreft.

Algemene voorwaarden

Artikel 3

Uitsluitingen en beperkingen

In een aantal situaties kan er geen aanspraak worden gemaakt op kostenvergoeding.

Geen vergoeding wordt verleend:

- 1 als de kosten betrekking hebben op de eigen bijdragen of eigen risico's:
 - ingevolge de AWBZ,
 - van bevolkingsonderzoeken,tenzij deze eigen bijdragen of eigen risico's uitdrukkelijk worden genoemd in de dekking.
- 2 voor de kosten die het gevolg zijn van of verband houden met:
 - atoomkernreacties, tenzij aangewend voor de medische behandeling van de verzekerde;
 - onlusten;
 - oproer;
 - burgeroorlog;
 - oorlog;
 - of daarmee in feite overeenkomende toestanden.
- 3 voor kosten die zijn ontstaan door ziekten of ongevallen en de verzekerde ingevolge een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, een subsidieregeling of -ware de onderhavige verzekeringsovereenkomst niet gesloten – op een andere dan deze overeenkomst voor de daaruit voortvloeiende kosten aanspraken kan doen gelden. Deze verzekering geldt slechts als aanvulling boven de dekking die onder een andere verzekering, regeling van overheidswege en/of subsidieregeling is verleend of zou zijn verleend, indien de onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan.
- 4 als de verzekeringnemer, een verzekerde of een derde opzettelijk onjuiste gegevens heeft verstrekt.
- 5 geen vergoeding wordt verleend als de kosten het gevolg zijn van ziekten en/of afwijkingen waarvan het risico, volgens aantekeningen op de polis, van de verzekering is uitgesloten.

Artikel 4

Grondslag van de verzekering

- 1 De verzekering wordt aangegaan op grond van een volledig en naar waarheid ingevuld en ondertekend aanvraagformulier en de eventueel daarnaast verstrekte gegevens.
- 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 opzettelijk, met de bedoeling de verzekeraar te misleiden, gegevens zijn verzwegen. De verzekeraar is bevoegd zich in deze gevallen op nietigheid van de verzekeringsovereenkomst te beroepen dan wel deze zonder inachtneming van een opzegtermijn te beëindigen.

Artikel 5

Algemeen

- 1 Voor gezinnen geldt, dat alle tot het gezin behorende personen op basis van dezelfde voorwaarden van verzekering (polisdekking) bij de verzekeraar moeten worden aangemeld.
- 2 De verzekerde is vrij in de keuze van apotheek, medisch hulpverlener en instelling, tenzij bemiddeling plaatsvindt door de verzekeraar.

- 3 De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering verstrekte persoonsgegevens worden door de verzekeraar verwerkt ten behoeve van het aangaan en het uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en/of financiële diensten en het beheren van daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en het uitoefenen van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand. Op deze verwerking van persoonsgegevens is de gedragscode 'Verwerking persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf' van toepassing. In deze gedragscode worden rechten en plichten van partijen bij de gegevensverstrekking weergegeven. De volledige tekst van de gedragscode kunt u opvragen bij het informatiecentrum van het Verbond van Verzekeraars, Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon (070) 333 87 77, www.verzekeraars.nl.
- 4 Aanspraak op geneeskundige zorg en medicijnen kan slechts tot gelding worden gebracht voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop naar aard, inhoud en omvang is aangewezen. De omvang van deze hulp wordt bepaald door hetgeen in de kring van de beroepsgenoten gebruikelijk is.

Artikel 6

Aanvang, duur en einde van de verzekering

- 1 Aanvang van de verzekering
Met inachtneming van het bepaalde in de overige artikelen, wordt de verzekering van kracht op de ingangsdatum vermeld op het polisblad dat onderdeel uitmaakt van de polis. Voor kinderen, geboren tijdens de duur van de verzekering, is - ongeacht de gezondheids-toestand van het kind - de verzekering onmiddellijk van kracht, mits het kind binnen 30 dagen na de geboorte schriftelijk ter verzekering is aangemeld.
- 2 Duur van de verzekering
De verzekering is aangegaan voor de op het polisblad omschreven periode en wordt daarna stilzwijgend van jaar tot jaar verlengd.
- 3 Einde van de verzekering
De verzekering eindigt:
 - 1 door schriftelijke opzegging door de verzekeringnemer:
 - a op de wijze zoals vermeld in artikel 11.2 van de algemene voorwaarden;
 - b tegen het einde van de verzekeringsovereenkomst, met inachtneming van een opzegtermijn van twee maanden.
 - 2 door overlijden van de verzekeringnemer en/of de enige verzekerde.
 - 3 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 bedrog.
 - 4 bij definitieve terugkeer in Nederland.

Artikel 7

Voortzetting van de verzekering

Na het eindigen van de verzekering als omschreven in artikel 6.3.4 kan de verzekeringnemer zichzelf en zijn gezin aansluitend verzekeren, tenminste op basis van de voorwaarden van de standaardpakketpolis, met inachtneming van de op grond van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz) voor die verzekering geldende regels, premie en voorwaarden.

Artikel 8

Begin en einde van de vergoedingen

- 1 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.
- 2 De vergoeding geschiedt aan de verzekeringnemer tenzij tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder is overeengekomen dat de kosten rechtstreeks bij de verzekeraar worden gedeclareerd en door de verzekeraar rechtstreeks aan hem worden betaald. Als op de verleende vergoeding een (gedeeltelijk) eigen risico verschuldigd was, wordt dit achteraf door of namens de verzekeraar bij de verzekeringnemer in rekening gebracht.
- 3 Iedere aanspraak op vergoeding van kosten vervalt als door of namens de verzekeringnemer of door de verzekerde over de betreffende ziektekosten enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overgelegd of enige onjuiste opgave is gedaan. De verzekeraar zal alle reeds uitgekeerde vergoedingen van de betreffende ziektekosten terugvorderen. De verzekeraar beëindigt direct na constatering het recht op uitkering volgens deze verzekering. Bovendien wordt de verzekering per de ingangsdatum van de verzekering met terugwerkende kracht beëindigd.

Artikel 9

Verplichtingen van de verzekeringnemer

De verzekeringnemer is verplicht:

- 1 medewerking te verlenen aan de verzekeraar, diens medisch adviseur of hen die met de controle belast zijn, tot het verkrijgen van alle gewenste informatie.
- 2 de verzekeraar onmiddellijk in te lichten en alle benodigde gegevens te verstrekken indien de kosten mogelijk te wijten zijn aan schuld van iemand, die daarvoor civielrechtelijk aansprakelijk kan worden gesteld. De verzekeringnemer noch de verzekerde zal onderhandelingen met de tegenpartij of diens verzekeraar mogen voeren met betrekking tot de schade, die door de verzekeraar is of zal worden vergoed.
- 3 de originele nota's binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij de verzekeraar in te dienen. De nota's dienen zo gespecificeerd te zijn dat daaruit zonder verdere navraag kan worden opgemaakt welke vergoeding de verzekeraar moet verlenen op basis van de omvang van de dekking. Computernota's moeten door de zorgaanbieder gewaarmerkt zijn.
- 4 bij poliklinische specialistische behandeling een schriftelijke verwijzing van een huisarts of tandarts te overleggen als de verzekeraar hierom vraagt.

- 5 het door hem verschuldigde eigen risico op het eerste verzoek aan de verzekeraar of een door de verzekeraar aangewezen derde te voldoen. Dit is het geval indien door de verzekeraar rechtstreeks de volledige kosten zijn vergoed aan een zorgaanbieder, terwijl nog een eigen risico van toepassing was. De verzekeraar is gerechtigd bij de inning van de verschuldigde bedragen gebruik te maken van de diensten van derden dan wel de vordering aan die derden in eigendom over te dragen. Een en ander conform de Wet bescherming persoonsgegevens.
- 6 iedere wijziging in de samenstelling van het gezin en iedere andere verandering die invloed heeft op de rechten en plichten uit deze verzekeringsovereenkomst schriftelijk aan de verzekeraar te melden onder vermelding van de datum van wijziging. Voorwaarde is dat deze melding geschiedt binnen 30 dagen nadat de wijziging zich heeft voorgedaan. Zodanige wijzigingen zijn onder meer:
 - het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet, of enig andere publiekrechtelijke regeling of wettelijke regeling in het land van vestiging;
 - verhuizing;
 - huwelijk;
 - echtscheiding;
 - samenwoning;
 - geboorte;
 - overlijden;
 - wijziging van bank- of postbankrekeningnummer;
 - tijdstip van definitieve terugkeer naar Nederland.
 Door het nalaten van het hiervoor bepaalde vervalt het recht op terugvordering van premie, zoals gesteld in artikel 10.5.

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bij verzekeraar bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

Bij het niet nakomen van de in dit artikel genoemde verplichtingen behoeft de verzekeraar geen kosten te vergoeden. Al gedane uitkeringen kunnen door de verzekeraar worden teruggevorderd.

Artikel 10

Premie en eigen risico

- 1 Premiebetaling
De premies, de wettelijk verschuldigde bijdragen en assurantiebelaasting zijn hoofdelijk door de verzekeringnemer verschuldigd bij vooruitbetaling.
Het is niet toegestaan om de premie, de wettelijk verschuldigde bijdragen en de assurantiebelaasting te verrekenen met de van de verzekeraar te vorderen vergoeding.
- 2 Premie kinderen
Tot het gezin behorende kinderen tot de leeftijd van 18 jaar, genieten een reductie van 50% op de basispremie die geldt voor volwassenen tot 55 jaar. Met ingang van de eerste dag van de maand waarin een verzekerd kind de leeftijd van 18 jaar bereikt, is de volledige premie verschuldigd en wordt een zelfstandige polis opgemaakt.
- 3 Schorsing
De premie, de wettelijk verschuldigde bijdragen, de assurantiebelaasting, de kosten en een door de verzekerde aan de verzekeraar te voldoen eigen risico, als bedoeld in artikel 9.1.5, moeten uiterlijk op de vervaldag zijn voldaan. Vanaf het tijdstip dat de verzekeringnemer/verzekerde in gebreke is met betaling van deze bedragen wordt de dekking opgeschort vanaf de eerste dag dat de betaling verschuldigd is. De verzekeraar is gerechtigd daarbij administratiekosten in rekening te brengen. De verzekeringnemer/verzekerde blijft verplicht de premie, de wettelijk verschuldigde bijdragen, de assurantiebelaasting, het aan de verzekeraar verschuldigde eigen risico en de kosten te voldoen. Indien de verzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer/verzekerde. De dekking wordt weer van kracht vanaf de dag volgend op die, waarop de bedragen door de verzekeraar zijn ontvangen. Voor de ziektekosten, ontstaan in de tijd van opschorting, of voor de ziektekosten waartoe de noodzaak zich heeft geopenbaard in de tijd van opschorting, wordt geen vergoeding verleend. Bij schorsing van de dekking zoals hiervoor bedoeld, heeft de verzekeraar het recht deze schorsing om te zetten in een definitieve beëindiging van de overeenkomst.
- 4 Eigen risico
 - 1 Bij tussentijdse beëindiging van de verzekering, zoals bedoeld in artikel 6.3 met uitzondering van artikel 6.3.3, wordt op verzoek van de verzekerde het reeds ingehouden eigen risico verrekend. Dit naar evenredigheid van het aantal verstreken maanden, met inbegrip van de maand van beëindiging. Het te verrekenen bedrag moet minimaal € 22,00 bedragen. Een verzoek tot herberekening van het verschuldigde eigen risico of verrekening van het reeds ingehouden eigen risico moet bij de verzekeraar worden ingediend. Voorwaarde is dat dit verzoek binnen zes maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de wijziging in de verzekeringssituatie zich heeft voorgedaan, is ingediend.
 - 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. Deze kosten tellen daarnaast ook mee voor het bereiken van een maximumvergoeding als dit voor een onderdeel van de dekking van toepassing is.
 - 3 Als een ziekenhuisopname niet eindigt in het kalenderjaar waarin deze is begonnen, wordt op de kostenvergoeding voor deze opname alleen het nog openstaande eigen risicobedrag van het jaar waarin de opnamedatum ligt op de kostenvergoeding in mindering gebracht.
- 5 Terugbetaling van premie
Terugbetaling van premie vindt slechts plaats bij beëindiging van de verzekering op grond van de artikelen 6.3.1, 6.3.2, 6.3.4 over de nog niet verstreken periode van de lopende verzekeringstermijn waarover premie is betaald.

Artikel 11

Wijziging van premie en/of voorwaarden

- 1 De verzekeraar heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van verzekering op een door de verzekeraar vast te stellen datum en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. De verzekeraar doet van de wijziging schriftelijk mededeling aan de verzekeringnemer.

- 2 Als sprake is van een premieverhoging of vermindering van dekking, heeft de verzekeringnemer het recht de gewijzigde overeenkomst te weigeren binnen 30 dagen nadat hiervan mededeling is gedaan. In dit geval eindigt de verzekeringsovereenkomst per de ingangsdatum van de voorgenomen wijziging. Dit recht op beëindiging is niet van toepassing als de wijziging voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen. Een wijziging ten gevolge van aanpassing op grond van leeftijd van de verzekerde wordt niet als premieverhoging in de zin van dit artikel aangemerkt.
- 3 Als de verzekeraar binnen 30 dagen na de in artikel 11.1 bedoelde datum geen schriftelijke opzegging van de verzekeringnemer heeft ontvangen, wordt de verzekering voortgezet tegen de nieuwe premie en/of op de nieuwe voorwaarden.

Artikel 12

Algemene bepalingen

- 1 De gegevens die op het polisblad zijn vermeld, worden geacht van de verzekeringnemer afkomstig te zijn en de instemming van de verzekeringnemer te hebben;
- 2 Mededelingen en toezeggingen door de verzekeraar aan de verzekeringnemer of de verzekerde zijn alleen bindend als deze schriftelijk door de verzekeraar zijn bevestigd;
- 3 Op de verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 13

Belangrijke aanwijzingen

- 1 Afhandeling van nota's Een vlotte afhandeling van nota's wordt bereikt door het volledig ingevulde declaratieformulier met de originele nota's en met de eventueel benodigde medische verklaring(en) in te sturen. Wanneer gebruik wordt gemaakt van de daarvoor bestemde envelop, versnelt dit de afhandeling van de declaratie. Na afhandeling van de nota's wordt met de afrekeningspecificatie een nieuw declaratieformulier toegezonden. Op deze specificatie is het telefoonnummer vermeld van degene die telefonisch nadere inlichtingen kan verstrekken. Met het formulier kunnen niet meer dan acht nota's tegelijk worden ingezonden. Mochten er meer nota's zijn, dan kunnen deze worden ingediend na ontvangst van het nieuwe declaratieformulier.
- 2 Ingezonden nota's Nota's op basis waarvan gehele of gedeeltelijke vergoeding is verleend, worden niet teruggezonden. Evenmin worden nota's geretourneerd op basis waarvan geen uitkering plaatsvindt, omdat de kosten op een openstaand eigen risico in mindering zijn gebracht. Wij adviseren daarom kopieën van de nota's te maken.
- 3 Nota specificatie Op de nota's moet onder andere worden vermeld:
 - a de data van de consulten en/of behandelingen;
 - b de geboortedatum, voorletters en geslacht van degene aan wie de hulp is verleend;
 - c welke vorm van hulp is verleend;
 - d de UPT-code's, of gebruikelijke tandheelkundige codes in het land waar tandheelkundige hulp heeft plaatsgevonden, danwel een duidelijke omschrijving van de behandeling(en), in geval van tandheelkundige hulp;
 - e de naam en de betaalgegevens van de zorgverlener.
- 4 Medicijnen Door de apotheker of apothekhoudend arts moet o.a. op de nota's worden aangegeven:
 - a door welke arts de medicijnen zijn voorgeschreven;
 - b voor wie de medicijnen zijn bestemd.
- 5 Opname in een ziekenhuis In geval van een medisch noodzakelijke ziekenhuisopname tijdens een verblijf in het buitenland moet contact opgenomen worden met de Delta Lloyd Hulpdienst. Op verzoek wordt een garantieverklaring aan het ziekenhuis gezonden.
- 6 Bedenktijd Mocht na ontvangst van de polis blijken dat de verzekering toch niet aan de verwachtingen voldoet, dan is de mogelijkheid aanwezig de aangevraagde verzekering alsnog te annuleren. Hiervoor stuurt u ons de polis terug met een verzoek de verzekering te annuleren. Uw verzoek moet binnen 14 dagen na de dagtekening van de brief, waarbij u de polis is toegezonden, in ons bezit zijn.
- 7 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

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 In aanvulling op de 'Algemene voorwaarden' geldt dat de artikelen 1, 2 en 10.4 niet van toepassing zijn.
- 2 Dekking
 - 1 Vergoeding wordt verleend voor de kosten van medisch noodzakelijke ziekenhuisopname in Nederland tot ten hoogste de wettelijk goedgekeurde tarieven van de in Nederland gemaakte kosten voor tweede klasseverpleging in een ziekenhuis in Nederland.
 - 2 Als de verzekering is aangegaan op basis van verpleegklasse 2B en opname plaatsvindt in een ziekenhuis in Nederland waarin slechts één ongedeelde tweede klasse aanwezig is, zal de verzekering worden geacht te gelden voor die tweede klasse.

- 3 Kosten van opname in een ziekenhuis in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 15

Verzekering 'AWBZ gerechtigden'

- 1 Bijzondere voorwaarden Deze verzekering is uitsluitend van toepassing voor verzekerden die verzekerd zijn krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

2 Dekking

- 1 Verstrekkingen AWBZ
Vergoeding van psychiatrische hulp overeenkomstig de AWBZ met inachtneming van de in of op basis van die wet gestelde regels. Voor zover in de AWBZ niet anders is of wordt geregeld, worden de wederzijdse rechten en verplichtingen van de verzekeraar en de verzekerde(n) bepaald door het op de AWBZ-verzekering van toepassing zijnde verzekeringsreglement van de verzekeraar.
Voor de toepassing van de AWBZ geldt de inschrijving als verzekerde bij de verzekeraar tevens als inschrijving krachtens de AWBZ.
- a verpleging in een psychiatrisch ziekenhuis;
 - b verpleging op een psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis;
 - c niet-klinische psychiatrische hulp;
 - d hulp in een psychiatrische polikliniek;
 - e psychiatrische deeltijdbehandeling;
 - f niet-klinische psychotherapeutische behandeling.
- 2 Eigen bijdragen niet-klinische psychotherapeutische behandeling
Vergoeding voor van de eigen bijdrage in aanvulling op de dekking die wordt geboden door de AWBZ. De vergoeding wordt alleen verleend aan verzekerden die verzekerd zijn krachtens de AWBZ en als is voldaan aan de in of krachtens deze wet gestelde voorwaarden en regels.
Onder niet-klinische psychotherapeutische behandeling wordt verstaan:
- individuele psychotherapie
 - groepspsychotherapie
 - partner-relatiepsychotherapie en
 - gezinspsychotherapie.

Een en ander tot het in of op basis van de AWBZ vastgestelde maximum per jaar per verzekerde dan wel, in geval van gezinstherapie, per gezin.

Begripsomschrijvingen (in alfabetische volgorde)

	NB Afhankelijk van de door u gekozen dekking is het mogelijk dat u in dit artikel begrippen aantreft die in de dekkingsvoorwaarden niet voorkomen.
1 Adviserend tandarts	De tandarts die de verzekeraar in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.
2 Audiologische zorg	Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur de voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding.
3 AWBZ	De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) heeft tot doel de gehele Nederlandse bevolking te verzekeren tegen het risico van bijzondere ziektekosten. Deze zorg wordt niet uit de particuliere ziektekostenverzekering vergoed.
4 Bijkomende kosten	De medische kosten die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens de specialistische behandeling, zoals kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, pacemakers, bestralingen, narcose en gebruik operatiekamer of polikliniek.
5 Buitenland	Ieder ander land dan het land van vestiging.
6 Dagverpleging	Korter dan 24 uur durende (zogenaamde poliklinische) bedverpleging in een ziekenhuis waarvan de noodzaak te voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist.
7 Dienstenstructuur	Een instelling waar integrale huisartsenhulp wordt verleend gedurende avond, nacht, weekend en feestdagen, en als zodanig erkend is door de bevoegde overheidsinstantie
8 Gezin	Twee gehuwden dan wel twee personen die buiten de echt duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijk huishouden hebben, waarbij de duurzaamheid van samenwoning ter beoordeling is aan de verzekeraar, dan wel één verzorgende ouder, alsmede de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 18 jaar.
9 Hoofdverzekering	De basisziektekostenverzekering gesloten bij de verzekeraar.
10 Kalenderjaar	De periode, zoals omschreven op het polisblad.
11 Laboratoriumonderzoek	Onderzoek in een laboratorium dat door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig is erkend.
12 Medicijnen	Middelen die als geneesmiddel verhandeld mogen worden en die op voorschrift van een huisarts, tandarts, specialist of kaakchirurg zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts. In het kader van de verzekeringsvoorwaarden worden onder geneesmiddelen tevens begrepen bloedproducten en sera die krachtens de daartoe bestemde wet- en regelgeving zijn toegelaten. Niet als geneesmiddel worden aangemerkt: – vaccinaties, ook als deze worden gegeven ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland; – versterkende en voedingsmiddelen; – vermageringsmiddelen; – tonica, medicinale wijnen en traanproducten; – zepen, shampoo, badoliën, lotions en/of haargroeimiddelen; – vitaminepreparaten, tenzij in geval van duidelijke medische noodzaak; – laxeremiddelen; – verbandmiddelen; – groeihormonen, tenzij de verzekeraar van tevoren voor vergoeding van de kosten daarvan schriftelijk toestemming heeft verleend, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld; – middelen ter behandeling van nicotine afhankelijkheid. Deze middelen komen niet voor vergoeding in aanmerking.
13 Medisch adviseur	De arts die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.
14 Medisch hulpverlener	Een ter plaatse van de behandeling gevestigd en als zodanig overeenkomstig de in het desbetreffende land geldende regelgeving algemeen erkend en bevoegd medisch specialist, huisarts, verloskundige, fysiotherapeut, logopedist, kaakchirurg, orthodontist of tandarts.
15 Medische indicatie	De indicatie voor verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende, medisch-wetenschappelijke overwegingen.
16 Medisch-specialistische zorg	Behandeling of onderzoek, volgens hetgeen in de kring van beroepsgenoten gebruikelijk is en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven.
17 Ongeval	Een plotselinge en rechtstreekse inwerking van een van buiten komend geweld, waardoor lichamelijk letsel wordt toegebracht waarvan door de verzekeraar de aard en plaats geneeskundig vast te stellen zijn.
18 Repatriëring	Het medisch noodzakelijk ziekenvervoer vanuit de verblijfplaats in het buitenland naar het land van vestiging, voor zover sprake is van verblijf in het buitenland tot ten hoogste 6 maanden wegens vakantie, dienstreis of studiedoeleinden.
19 Resocialisatie	Verblijf buiten het ziekenhuis in de eigen (huiselijke) omgeving, deel uitmakend van de behandeling ter voorbereiding op een naderend ontslag uit het ziekenhuis.

20 Revalidatie behandeluren	Behandeling, advisering en begeleiding gedurende een aantal uren of een gedeelte daarvan door een multidisciplinair team alsmede de hiermee verband houdende verzorging in een door de bevoegde overheidsinstantie erkende inrichting voor revalidatiebehandeling.
21 Verwerking van persoonsgegevens	Elke handeling of elk geheel van handelingen met betrekking tot persoonsgegevens, waaronder in ieder geval het verzamelen, vastleggen, ordenen, bewaren, bijwerken, wijzigen, opvragen, raadplegen, gebruiken, verstrekken door middel van doorzending, verspreiding of enige andere vorm van ter beschikkingstelling, samenbrengen, met elkaar in verband brengen, alsmede afschermen, uitwissen of vernietigen van gegevens.
22 Verzekeraar	Delta Lloyd Zorgverzekering NV.
23 Verzekerde	Degene voor wie de verzekeringsovereenkomst is aangegaan en die als zodanig in de administratie van de verzekeraar is geregistreerd.
24 Verzekeringnemer	Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.
25 Zelfstandig behandelcentrum	Een instelling waarin met name niet-klinische specialistische zorg wordt verleend en die als zodanig is erkend door de bevoegde overheidsinstantie.
26 Ziekenhuis	Een instelling voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als zodanig is erkend door de bevoegde overheidsinstantie.
27 Ziekenhuisverpleging	De opname en het verdere verblijf van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang verpleging, onderzoek en behandeling op medische gronden in een ziekenhuis moeten plaatsvinden, terwijl ononderbroken behandeling door een specialist en/of kaakchirurg medisch noodzakelijk is.
28 Ziekenvervoer	Het medisch noodzakelijk vervoer 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.
29 Zorgverlener	Een hulpverlener of hulpverlenende instantie die zorg biedt zoals omschreven in de dekking en die als zodanig is erkend door de bevoegde overheidsinstantie.
30 Zorghotel	Een door de verzekeraar als zodanig erkende instelling die hulp biedt aan personen die na een ziekenhuisopname tijdelijke voortzetting van opvang, begeleiding en/of verpleging nodig hebben.