

Inhoudsopgave

Zeker op Maat Polis Compleet Pakket

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 Tanden Gaaf Polis

Artikel 16 Verzekering 'AWBZ niet-gerechtigden'

Begripsomschrijvingen

Artikel 1

Bijzondere voorwaarden

Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van:

- inwendige elektrostimulators en het inbrengen hiervan, tenzij opgenomen in de tarieflijst Instellingen;
- het ongedaan maken van een vrijwillig ondergane sterilisatie en de gevolgen hiervan;
- chelatie- 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;
- psycho-analyse of hulp verleend door een psycholoog en/of psychotherapeut, niet zijnde eerstelijns psychologische hulp.

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, tenzij anders aangegeven.

1 Alternatieve en bijzondere geneeswijzen

Vergoeding tot een maximum van € 545,00 per verzekerde per kalenderjaar van de kosten van consulten en/of behandelingen van:

- a acupunctuur en/of
- b antroposofische geneeskunde, waaronder ook kunsttherapiën (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 en podo-orthesiologie, met uitzondering van de daarbij vervaardigde hulpmiddelen en/of
- k proctologie en flebologie.

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; tel (070) 310 08 88.

2 Bevalling en kraamzorg

- 1 Bevalling in een ziekenhuis met medische indicatie
 - a Volledige vergoeding voor de verpleeg en bijkomende kosten van verzekerde(n) tezamen in de verzekerde klasse.
 - b Volledige vergoeding voor het honorarium voor verloskundige hulp.
 - c Een vaste vergoeding van € 136,50 voor elke dag die aan de verzekerde moeder minder in rekening wordt gebracht, indien de verzekerde moeder het ziekenhuis verlaat voordat een periode van acht dagen is verstreken. Deze periode gaat in op de dag waarop de bevalling heeft plaatsgevonden.
- 2 Bevalling in een ziekenhuis zonder medische indicatie, poliklinisch of thuis
 - a Volledige vergoeding voor het honorarium van verloskundige hulp in rekening gebracht door een specialist, huisarts of verloskundige.
 - b Volledige vergoeding voor de kosten van gebruik polikliniek.
 - c Een vaste vergoeding voor € 1.092,00 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 tenminste 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.
- 3 Bij een combinatie van hulp genoemd onder artikel 2.2.1 en 2.2.2 vervalt de vaste vergoeding genoemd onder artikel 2.2.2.
- 4 Uitgestelde of verlengde kraamzorg

In geval er sprake is van complicaties bij de bevalling en/of tijdens de kraamperiode heeft een op deze polis verzekerde vrouw aansluitend op de reeds verleende kraamzorg of het verblijf van moeder en/of kind in het ziekenhuis recht op vergoeding van maximaal 5 extra dagen kraamzorg met een maximum van 6 uren per dag. De vergoeding wordt uitsluitend verleend, indien bij het door verzekerde vooraf ingediende verzoek de medische indicatie van de behandelend specialist is overgelegd. Op basis daarvan stelt de verzekeraar het aantal te vergoeden extra dagen vast. De toezegging tot vergoeding wordt door de verzekeraar schriftelijk aan verzekerde kenbaar gemaakt.
- 5 Kraampakket

Een op deze polis verzekerde vrouw heeft voor een bevalling recht op een kraampakket. Voorwaarde is dat uiterlijk in de vijfde maand van de zwangerschap aanmelding plaatsvindt bij de verzekeraar. De verzekerde ontvangt het kraampakket uiterlijk zes weken voor de vermoedelijke bevallingsdatum thuis.

3 Buitenland	1 Behandeling in het buitenland wegens een onvoorzien ziektegeval - Vergoeding van 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 worden maximaal 365 verpleegdagen vergoed. In geval van een acute ziekenhuisopname in het buitenland dient direct contact te worden opgenomen met de Delta Lloyd Hulpdienst. De Delta Lloyd Hulpdienst is dag en nacht bereikbaar, ook in het weekend, onder telefoonnummer + 31-20-69 55 562. - Volledige vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of taxi naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis. - 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 als genoemd onder b. 2 Behandeling binnen Europa wegens een voorzien ziektegeval Vergoeding van de kosten van medische hulp binnen Europa tot ten hoogste de in Nederland geldende tarieven. 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. 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 een van de landen buiten Europa. 5 Voor vergoeding komen uitsluitend nota's in aanmerking die zijn gesteld in de Nederlandse, Franse, Duitse, Engelse of Spaanse taal. De vergoeding geschiedt in Nederland in Nederlands wettig betaalmiddel op basis van de dagkoers in Nederland ten tijde van de datum van de medische behandeling. 6 Alleen in geval van een medisch noodzakelijke ziekenhuisopname is rechtstreekse betaling aan een buitenlandse instelling mogelijk.
4 Dagverpleging in een ziekenhuis	Volledige vergoeding van: - de kosten van het medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis verband houdend met een specialistische behandeling of onderzoek (A 007-tarief); - de bijkomende kosten; - het honorarium van de specialist.
5 Diëtistische voedingsadviezen	Vergoeding van de kosten van voedingsadviezen door een diëtist na schriftelijke verwijzing door de huisarts of de behandelend specialist tot een maximum van € 230,00 per verzekerde per kalenderjaar.
6 Donorkosten bij orgaantransplantaties	Volledige vergoeding van 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 betreffende orgaandonatie.
7 Eerstelijns psychologische hulp	Per twee verzekeringsjaren een vergoeding van de kosten 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: – 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.
8 Erfelijkheidsonderzoek	Volledige vergoeding van de kosten van hulp in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. De hulp omvat het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboom-, chromosoom-, ultrageluid- en DNA-onderzoek, biochemische diagnostiek, erfelijkheidsadvisering 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 tevens advisering plaatsvinden. De kosten van dit onderzoek van andere personen dan de verzekerde komen voor rekening van de verzekeraar van de onderzochte andere personen.
9 Ergotherapie	Vergoeding van de kosten van behandeling door een ergotherapeut tot maximaal 10 uur per verzekerde per kalenderjaar. Ergotherapie omvat: advisering, instructie, training en/of behandeling met als doel de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen. Voorwaarde is dat: – de behandeling gegeven wordt door een ergotherapeut in diens behandelruimte of ten huize van de verzekerde; – de behandeling op voorschrift van een huisarts of specialist plaatsvindt; – de eerste nota vergezeld is van dit voorschrift.

10 Farmaceutische Hulp

- 1 Vergoeding van de kosten van farmaceutische hulp overeenkomstig de regeling Farmaceutische Hulp zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld en zoals deze thans luidt of in de toekomst komt te luiden, die op voorschrift van een (huis)arts, tandarts, tandartspecialist of verloskundige is geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts. De regeling maakt deel uit van deze voorwaarden van verzekering en wordt op verzoek kosteloos toegezonden.
- 2 Per voorschrift worden de geneesmiddelen vergoed voor een periode van maximaal:
 - 15 dagen, indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
 - drie maanden, indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, waaronder insuline, met uitzondering van hypnotica, anxiolytica en eetlustremmende geneesmiddelen;
 - 15 dagen, indien het een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica betreft;
 - een maand in overige gevallen.
- 3 Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. De eigen bijdrage die verschuldigd is boven de in het GVS gemaximeerde vergoeding komt overeenkomstig artikel 2.10.5 voor vergoeding in aanmerking.
- 4 Farmaceutische hulp die niet overeenkomstig de in artikel 2.10.1 genoemde regeling Farmaceutische Hulp is verleend, doch die geneesmiddelen betreft die overeenkomstig de WOG 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 2.10.5 voor vergoeding in aanmerking.
- 5 Vergoeding wordt verleend tot een maximum van € 115,00 per verzekerde per kalenderjaar voor de in artikel 2.10.3 en artikel 2.10.4 genoemde kosten tezamen.
- 6 Geen vergoeding wordt verleend voor:
 - vaccinaties, ook als deze worden gegeven ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland;
 - versterkende middelen, voedings- en vermageringsmiddelen;
 - 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 andere indicaties worden toegepast dan waarvoor WOG-registratie 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 voor kortdurend dan wel chronisch gebruik gedurende de eerste 15 dagen.
- 7 Dieetpreparaten
De kosten van dieetpreparaten worden vergoed overeenkomstig de regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld en zoals deze thans luidt of in de toekomst komt te luiden. De regeling maakt deel uit van deze voorwaarden van verzekering en wordt op verzoek kosteloos toegezonden.
Het recht op vergoeding van deze kosten bestaat indien de nota is vergezeld van een verklaring van de behandelend arts, waarin de indicatie is vermeld. Uit die indicatie moet blijken dat het gebruik van dieetpreparaten medisch noodzakelijk is. Deze verklaring is nodig bij aanvang van de behandeling.
- 8 Verbandmiddelen
Volledige vergoeding van de kosten van verbandmiddelen indien er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is. Het recht op vergoeding van deze kosten bestaat indien de nota is vergezeld van een verklaring van de behandelend arts, waarin de indicatie is vermeld. Uit die indicatie moet blijken dat het gebruik van verbandmiddelen medisch noodzakelijk is. Deze verklaring is nodig bij aanvang van de behandeling.

11 Fertiliteitsbevorderende behandelingen

- 1 Volledige vergoeding van de kosten van operatieve ingrepen en van kunstmatige inseminatie.
- 2 Een tegemoetkoming in de kosten van in-vitro-fertilisatie behandelingen.
Recht op vergoeding bestaat uitsluitend in geval er sprake is van een alom geaccepteerde medische indicatie en de behandeling plaatsvindt in een vergunninghoudende instelling. Nadere voorwaarden zijn, dat:
 - a per behandelde vrouwelijke verzekerde maximaal drie pogingen voor vergoeding in aanmerking komen;
 - b per poging een eigen bijdrage geldt van € 365,00. Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het bereiken van het bedrag van een eventueel eigen risico aan de voet.

12 Fysiotherapie en oefentherapie

Volledige vergoeding van de kosten van behandelingen door een fysiotherapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar, 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 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.

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

13 Groepstherapie voor reumapatiënten	Volledige vergoeding van de kosten van groepstherapie onder leiding van een fysiotherapeut voor verzekerden die lid zijn van een reumapatiëntenvereniging.
14 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 verzekeringsjaar. 2 Epilatie in het gelaat Vergoeding voor de kosten van epilatie in het gelaat door een huidtherapeut tot een maximum van € 185,00 per verzekerde per verzekeringsjaar. 3 Acnébehandeling Vergoeding voor de kosten van peeling door een huidtherapeut in geval van ernstige acné tot een maximum van € 185,00 per verzekerde per verzekeringsjaar. 4 Oedeemtherapie Vergoeding voor de kosten van behandeling door een huidtherapeut tot een maximum van € 185,00 per verzekerde per verzekeringsjaar. Het recht op vergoeding voor de in dit artikel genoemde kosten bestaat indien de nota is vergezeld van een verklaring van de behandelende huidtherapeut. Hieruit moet de noodzaak van de behandeling blijken. Deze verklaring is nodig bij aanvang van de behandeling.
15 Huisartsenhulp	Volledige vergoeding van de kosten van huisartsenhulp. Onder huisartsenhulp worden zowel consulten op het spreekuur in de praktijk van een huisarts of dienstenstructuur, als visites van een huisarts ten huize van de verzekerde verstaan. Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van keuringen en visites van een huisarts gemaakt in een ziekenhuis.
16 Hulpmiddelen	1 Vergoeding of verstrekking als hieronder beschreven, vindt plaats overeenkomstig de door Delta Lloyd vastgestelde regeling Hulpmiddelen, zoals deze thans luidt of in de toekomst komt te luiden. De regeling maakt deel uit van deze voorwaarden van verzekering en wordt op verzoek kosteloos toegezonden. 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 2.16.3); – brillenglazen en contactlenzen bij wijziging van de medische indicatie binnen 12 maanden na een eerdere aanschaf; Als indicaties gelden onder andere bepaalde hoornvliesonregelmatigheden en brekingsafwijkingen van meer dan tien dioptrieën (zie ook artikel 2.16.3); – elastische kousen; – een fax (zie ook artikel 2.16.3); – 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); – prothesen; – pruiken (zie ook artikel 2.16.3); – orthopedisch schoeisel; – verzorgingsmiddelen (zie ook artikel 2.16.3). 3 In aanvulling op het in artikel 2.16.2 gestelde, is bij aanschaf van: – allergeenvrije en stofdichte matras-, kussen- en dekbedhoezen; – brillenglazen en/of contactlenzen; – een fax; – incontinentiemateriaal voor kinderen jonger dan 12 jaar; – pruiken; vooraf schriftelijke toestemming van de verzekeraar vereist. 4 Het recht op vergoeding van deze hulpmiddelen bestaat indien de nota is vergezeld van een verklaring van de behandelend arts, waarin de indicatie wordt vermeld. Uit die indicatie moet blijken dat het gebruik van het hulpmiddel medisch noodzakelijk is. De hulpmiddelen dienen doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling aan de verzekeraar. 5 Hulpmiddelen in bruikleen Hierbij gaat het om de hieronder genoemde hulpmiddelen: – apparatuur voor positieve uitademingsdruk; – bijzondere optische hulpmiddelen (gezichtshulpmiddelen niet zijnde brillenglazen en/of contactlenzen); – botgroeistimulator; – CPAP; – draagbare uitwendige infuuspompen; – hulpmiddelen voor communicatie; – hulpmiddelen voor het toedienen van voeding; – inrichtingselementen van de woning; – loophulpmiddel; – longvibrator; – soloapparatuur met toebehoren; – tactiel-leesapparatuur; – uitwendige elektrostimulator tegen chronische pijn met toebehoren; – vernevelaar met toebehoren; – zuurstofapparatuur dan wel zuurstofconcentrator met toebehoren. Het recht op verstrekking in bruikleen van deze hulpmiddelen bestaat na bemiddeling door Delta Lloyd. 6 De kosten van normaal gebruik en onderhoud van hulpmiddelen zijn uitgesloten van vergoeding. 7 Vergoeding van de eigen bijdrage die verzekerde is verschuldigd boven de uit de regeling Hulpmiddelen verleende gemaximeerde vergoeding tot een maximum van € 115,00 per verzekerde per kalenderjaar.

17 Lactatiekundige hulp	Vergoeding tot een maximum van € 115,00 per bevalling voor de kosten van lactatiekundige hulp ter bevordering van borstvoeding voor zuigelingen uitgevoerd door een lactatiekundige aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen. Lactatiekundige hulp omvat advisering, voorlichting en praktische ondersteuning. Voorwaarde is dat de moeder op deze polis verzekerd is.
18 Leukemie bij kinderen	Volledige vergoeding voor de kosten van de centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).
19 Logeerfaciliteit	Vanaf de 14e nacht volledige vergoeding voor de overnachtingskosten van de ouders in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen en aan dat ziekenhuis verbonden gast- of logeerhuis in geval van ziekenhuisopname van langer dan 14 dagen, van een krachtens de polis meeverzekerd kind tot de leeftijd van 18 jaar.
20 Logopedie	Volledige vergoeding van de kosten voor behandelingen door een logopedist die voldoet aan de eisen als bedoeld in het van toepassing zijnde besluit. Het recht op vergoeding van deze kosten bestaat indien de eerste nota is vergezeld van een verklaring van de behandelend arts, waarin de indicatie wordt vermeld. Uit die indicatie moet blijken dat de behandeling medisch noodzakelijk is. Geen vergoeding wordt verleend voor behandeling van dyslexie en/of van taalontwikkelingsstoornissen als er sprake is van een dialect of anderstaligheid.
21 Medisch-specialistische zorg anders dan in een ziekenhuis	Volledige vergoeding voor: – het honorarium voor de medisch-specialistische zorg die buiten het ziekenhuis en zonder enige gebruikmaking van ziekenhuisfaciliteiten wordt verleend; – de kosten van laboratoriumonderzoek op voorschrift van de huisarts in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.
22 Nachtelijk verblijf in een oncologisch ziekenhuis	Vergoeding voor de kosten van nachtelijk verblijf in een oncologisch ziekenhuis tot een maximum van € 35,00 per nacht per verzekerde in aansluiting op een poliklinische behandeling door middel van bestraling c.q. behandeling met cytostatica in de Dr. Daniël den Hoed Kliniek te Rotterdam of het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis te Amsterdam.
23 Nierdialyse	Volledige vergoeding voor de kosten van nierdialyse, zowel in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) als bij de verzekerde thuis. Bij thuisdialyse vindt ook vergoeding plaats voor bepaalde niet-medische kosten overeenkomstig het advies dat door Zorgverzekeraars Nederland is opgesteld, indien en voor zover de verzekeraar op een verzoek daartoe vooraf schriftelijk toestemming heeft verleend, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.
24 Poliklinische medisch-specialistische zorg in een ziekenhuis	Volledige vergoeding voor: 1 de kosten van medisch specialistische zorg in rekening gebracht door een ziekenhuis; 2 de bijkomende kosten; 3 de kosten van laboratoriumonderzoek op voorschrift van de huisarts in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium; 4 de kosten van audiologische hulp in een - daartoe door de bevoegde overheidsinstantie erkend - audiologisch centrum op voorschrift van een huisarts of specialist.
25 Preventieve behandelingen	Volledige vergoeding voor de kosten van de volgende preventieve behandelingen: - a electrocardiogram (ECG); - b baarmoederhalskankeronderzoek (uitstrijkje) uitgevoerd door een huisarts; - c borstkankeronderzoek; - d preventief onderzoek van hart- en bloedvaten; - e prostaatonderzoek; - f cholesteroltest.
26 Psoriasisdagbehandeling	Vergoeding tot een maximum van € 545,00 per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van psoriasisdagbehandeling. Het recht op vergoeding bestaat indien de psoriasisdagbehandeling plaatsvindt in een centrum waarmee de verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.
27 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.
28 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.
29 Serviceverlening	1 Bedevaartreis en gehandicaptenvakantie Verzekerden die willen deelnemen aan een bedevaartreis of een vakantie voor lichamelijk gehandicapten kunnen bij de verzekeraar een folder en een aanvraagformulier aanvragen. Toewijzing vindt plaats op basis van de middels het aanvraagformulier verstrekte gegevens en het aantal door de organiserende stichtingen aan de verzekeraar beschikbaar gestelde plaatsen. Van de deelnemende verzekerden wordt slechts een beperkte eigen bijdrage gevraagd. 2 Wachtlijstbemiddeling Indien een medisch noodzakelijke behandeling in Nederland niet binnen een redelijke termijn kan plaatsvinden als gevolg van het aanwezig zijn van een voor de desbetreffende behandeling bestaande wachtlijst, kan verzekerde met de verzekeraar contact opnemen met een verzoek tot wachtlijstbemiddeling voor behandeling elders in Nederland of in het buitenland: telefoon (070) 310 08 88. De reis- en verblijfskosten komen, tenzij anders bij de bemiddeling overeengekomen, niet voor vergoeding in aanmerking. 3 Actief bewegen met beweegadvies Een verzekerde die deelneemt aan beweegprogramma's ter verbetering van fitheid en conditie ontvangt een korting van 10% op alle diensten van de beweegadviescentra die door de verzekeraar zijn gecontracteerd. Aanmelding via Delta Lloyd: telefoon (070) 310 08 88.

30 Sterilisatie en abortus	Volledige vergoeding van de kosten van sterilisatie en abortus uitgevoerd door een specialist in een ziekenhuis.
31 Stottertherapie	Volledige vergoeding van de kosten van stottertherapie methode Del Ferro.
32 Tandheelkundige zorg	1 Voor verzekerden jonger dan 18 jaar - a door een tandarts, een dienst voor jeugdtandverzorging, of een centrum voor bijzondere tandheelkunde – Vergoeding voor de kosten tot maximaal € 230,00 per verzekerde per kalenderjaar; – Volledige vergoeding van de kosten van röntgendiagnostiek. - b door een tandarts of orthodontist Volledige vergoeding van de kosten van kaakorthopedische behandeling (orthodontie of gebitsregulatie). Indien de aangevangen kaakorthopedische behandeling nog voortduurt bij het bereiken van de 18 jarige leeftijd, zal voor de voortgezette behandeling eveneens volledige vergoeding van kosten plaatsvinden. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van reparatie of vervanging van orthodontische apparatuur die het gevolg zijn van toerekenbare onachtzaamheid van de verzekerde. 2 Voor verzekerden vanaf 18 jaar door een tandarts Volledige vergoeding van de kosten van: - a het eerste periodiek preventief onderzoek (C11); - b het incidenteel consult (C13); - c de schriftelijke medische anamnese (C22); - d tandheelkundige chirurgische hulp (UPT-codes beginnend met de letter H); - e röntgendiagnostiek, met uitzondering van X23 en X25. 3 Kaakchirurgische behandeling Volledige vergoeding voor de kosten van behandelingen/onderzoeken door een kaakchirurg, die volgens medische en tandheelkundige normen algemeen aanvaard zijn en behoren tot chirurgische hulp van specialistische aard. 4 Orthodontie (kaakorthopedische behandeling) in bijzondere gevallen Volledige vergoeding van de kosten van kaakorthopedische behandelingen (gebitsregulatie) in bijzondere gevallen door een orthodontist op advies van een huisarts of tandarts indien de behandeling een gevolg is van: - a een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnato- en/of palatoschisis); - b een aangeboren ernstige afwijking, ontwikkelingsstoornis en/of syndroom in het -hoofd/halsgebied; - c condylaire groeistoornissen of zeer ernstige kaakgewrichtsklachten die na voorbehandeling in een centrum voor bijzondere tandheelkunde alleen met behulp van een kaakorthopedische behandeling kunnen worden verholpen; - d een zodanig ernstige orthodontische afwijking dat osteotomie noodzakelijk is om tot een stabiele kaakrelatie te komen. Het recht op vergoeding voor verzekerden vanaf 18 jaar bestaat uitsluitend indien de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een behandelplan, tevoren toestemming heeft gegeven. 5 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen Volledige vergoeding voor de kosten van bijzondere tandheelkunde in geval van een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking die heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Het betreft de volgende afwijkingen: 1 het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn; 2 een kaakgewrichtsafwijking (cranio-mandibulaire dysfunctie), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts, algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten niet tot het gewenste resultaat heeft geleid; 3 een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect); 4 een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnato- en/of palatoschisis); 5 een uitgebreid defect aan de mond en/of kaak en/of het aangezicht, eventueel na een voorafgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect); 6 functieverlies van de speekselklieren, zoals na bestralingen in het hoofd/halsgebied en bij een ernstige vorm van de ziekte van Sjögren, waarbij sprake is van ernstige tandheelkundige consequenties; 7 aangeboren ernstige tandafwijkingen, zoals amelogenesis imperfecta, waarbij het aantal aangedane elementen tenminste tien bedraagt; 8 het verliezen van één of meerdere voortanden als gevolg van een ongeval; 9 het niet aangelegd zijn van meerdere frontelementen waardoor tandvervangende hulp met niet-plastische materialen geïndiceerd is. Het recht op vergoeding voor de behandeling van de afwijking bestaat uitsluitend indien: - a voor de afwijkingen als genoemd onder 1 t/m 7 een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid is vereist; - b voor de afwijkingen als genoemd onder 8 en 9 de verzekerde jonger dan 18 jaar is; Voor de afwijkingen als genoemde onder 1 t/m 9 geldt bovendien, dat de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, vooraf schriftelijke toestemming heeft gegeven. Er wordt geen toestemming verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar en/of onnodig gecompliceerd is.

- 6 Gebitsprothese
- a Vergoeding van 75% voor de kosten, inclusief techniekkosten, van een uitneembare volledige gebitsprothese voor de onder- en/of de bovenkaak vervaardigd door:
- een tandarts of een centrum voor bijzondere tandheelkunde;
 - een tandprotheticus.
- 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.
- 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 in aanmerking.
- 7 Tandheelkundige implantaten
- Vergoeding van de kosten van tandheelkundige implantaten, alsmede de kosten verbandhoudend met het inbrengen daarvan in de kaak, doch uitsluitend indien:
- de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak én
 - de implantaten dienen als steun voor een uitneembare volledige (overkappings)-prothese én
 - de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelplan inhoudende een implantatenformulier inclusief een röntgenfoto van de kaak (OPG), vooraf toestemming heeft verleend.
- Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een kaakchirurg, omvat de vergoeding het honorarium van de kaakchirurg (en zonodig de anesthesist) en de bijkomende ziekenhuiskosten. In het geval de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, omvat de vergoeding het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.
- 8 Mesostructuur en prothese op implantaten
- Vergoeding van de kosten van de mesostructuur op implantaten (het vastzittende deel), alsmede de kosten van de uitneembare volledige overkappingsprothese op implantaten (het uitneembare deel), doch uitsluitend indien:
- de mesostructuur en/of de uitneembare volledige prothese vervaardigd en geplaatst worden door een tandarts of een centrum voor bijzondere tandheelkunde én
 - de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurde begroting en behandelplan tevoren toestemming heeft verleend.
- Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.
- De vergoeding van de behandeling omvat het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.
- Per uitneembare volledige overkappingsprothese in de onder- dan wel de bovenkaak komt een eigen bijdrage van € 90,00 per kaak voor rekening van verzekerde.
- Indien de mesostructuur en/of de uitneembare volledige overkappingsprothese worden 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 in aanmerking. In dat geval komt eveneens een eigen bijdrage van € 90,00 per kaak voor rekening van verzekerde.
- De eigen bijdrage telt niet mee voor het bereiken van het bedrag van een eventueel eigen risico aan de voet.
- Volledige vergoeding van de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige overkappingsprothese in onder- en/of bovenkaak.
- 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 aanspraken genoemd onder artikel 2.32.1.a en 2.32.2.a zijn 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.

- 33 Trombosedienst
- Volledige vergoeding van de kosten van zorg door de trombosedienst op voorschrift van een medisch specialist.
- 34 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 de door het CTG voor de desbetreffende verrichtingen en/of behandelingen vastgestelde tarieven.
- 35 Ziekenhuisverpleging
- 1 Volledige vergoeding van de kosten van verpleging in een ziekenhuis, voor de kosten van klinisch specialistische en/of kaakchirurgische hulp en voor de bijkomende kosten.
- Vergoeding vindt plaats tot ten hoogste de tarieven voor de verzekerde klasse tot maximaal 365 dagen.
- Bij opname in het Nederlands Astma Centrum in Davos geldt tevens als voorwaarde dat:
- volgens de medisch adviseur een optimale behandeling in Nederland niet slaagt en;
 - de behandeling in Davos meerwaarde heeft en doelmatig wordt geacht;
 - de verzekeraar voorafgaande schriftelijke toestemming heeft verleend.

36 Ziekenvervoer

- 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 kosten van transplantatie van de volgende donororganen komen voor vergoeding in aanmerking: 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. 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.
- 1 Vergoeding voor de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer in Nederland, indien en voor zover de behandelend arts vervoer per openbaar vervoermiddel om medische redenen onverantwoord acht, naar en van een ziekenhuis of de plaats waar een specialist praktijk uitoefent, overeenkomstig de volgende regeling:
 - a volledige vergoeding voor de kosten van vervoer per ambulance, hulpambulance of rolstoelbus;
 - b vergoeding voor de kosten van vervoer per taxi;
 - c vergoeding voor de kosten van vervoer met de eigen auto van € 0,28 per kilometer.Voor de kosten genoemd onder b en c geldt een eigen risico van € 45,00 per polis per kalenderjaar.
 - 2 Geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding voor de kosten van vervoer die verband houden met resocialisatie.

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 het gevolg zijn van ziekten en/of afwijkingen waarvan het risico, volgens aantekening op de polis, van de verzekering is uitgesloten.
- 2 als de kosten betrekking hebben op de eigen bijdragen of eigen risico's:
 - ingevolge de Ziekenfondswet en/of de AWBZ;
 - bij bevolkingsonderzoeken, tenzij deze eigen bijdragen of eigen risico's uitdrukkelijk zijn opgenomen in de onderhavige dekking.
- 3 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.
- 4 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 vergoeding 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.
- 5 als de verzekeringnemer, de verzekerde of een derde opzettelijk onjuiste gegevens heeft verstrekt.

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 als 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. De verzekeraar heeft het recht één of meerdere personen die tot het gezin behoren anders dekking te verlenen.
- 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 ingebrip 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.
- 4 Aanspraak op geneeskundige en farmaceutische zorg 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.
- 5 Een aanvullende verzekering is slechts mogelijk in combinatie met een hoofdverzekering. De hoofdverzekering moet bij de verzekeraar zijn afgesloten.

Artikel 6

Aanvang, duur en einde van de verzekering

- 1 Aanvang van de verzekering

Bedenktijd

2 Duur van de verzekering

3 Einde 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.
- 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 tot annulering moet binnen 14 dagen na de dagtekening van de brief, waarbij u de polis is toegezonden, in ons bezit zijn.
- De verzekering is aangegaan voor de op het polisblad omschreven periode en wordt daarna stilzwijgend van jaar tot jaar verlengd.
- 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 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 voor verzekerden woonachtig in Nederland met ingang van de eerste dag van de maand waarin de 65-jarige leeftijd wordt bereikt. Aansluitend vindt verzekering plaats volgens de regels van de standaardpakketpolis (SPP) met inachtneming van de op grond van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz) voor die verzekering geldende regels, premie en voorwaarden.
 - 5 met ingang van de dag van vertrek van verzekerde voor een verblijf van langer dan 12 maanden in het buitenland (waaronder medebegrepen de Nederlandse Antillen en Aruba). Bij vestiging in het buitenland of bij regelmatig verblijf van 6 maanden of langer per jaar in het buitenland beëindigt de verzekeraar de verzekering ook. De verzekeraar beëindigt de verzekering niet als hij bereid is om deze tegen nader te stellen voorwaarden voort te zetten.
- 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 dertig 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 1e 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.
- 6 met ingang van de dag waarop de verzekeraar, onder overlegging van bewijsstukken de schriftelijke mededeling heeft ontvangen van inschrijving volgens de regels van de Ziekenfondswet, Standaardpakketpolis of een publiekrechtelijke regeling.

Artikel 7

Voortzetting van de verzekering

- 1 Zelfstandige voortzetting
- Als een op de polis meeverzekerd kind
- a de 18-jarige leeftijd bereikt en er geen aanspraak bestaat op:
 - kinderbijslag of;
 - een toelage krachtens de Wet studiefinanciering 2000 of;
 - buitengewone lastenaf trek 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;
 - b de 27-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

- 1 Collectieve voortzetting
Voortzetting van de verzekering door de verzekerde binnen de collectieve verzekeringsovereenkomst, zolang deze van kracht is, is mogelijk in geval van:
 - a pensionering;
 - b een daarmee gelijk te stellen regeling zoals een VUT-regeling;
 - c overlijden van de deelnemer in de collectieve verzekering bij wie men is meeverzekerd.Voorwaarde is dat:
 - de collectieve contractant hiervoor goedkeuring heeft verleend;
 - de aanvraag schriftelijk binnen 30 dagen na de datum van (pré)pensionering of overlijden is ingediend.
- 2 Individuele voortzetting
Als de collectieve verzekering eindigt wegens:
 - beëindiging van het dienstverband;
 - arbeidsongeschiktheid;
 - 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 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 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 beëindigt de verzekeraar na constatering van bedrog de verzekering met terugwerkende kracht per de ingangsdatum van de verzekering.

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. 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;
 - verhuizing;
 - huwelijk;
 - echtscheiding;
 - samenwoning;
 - geboorte;
 - overlijden;
 - wijziging van bank- of postbankrekeningnummer.

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 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 en de verzekerden verschuldigd bij vooruitbetaling. Maandelijks premiebetaling is slechts mogelijk door middel van automatische incasso op basis van een machtiging ten behoeve van de verzekeraar. Het is niet toegestaan om de premie, de wettelijk verschuldigde bijdragen en de assurantiebelaasting te verrekenen met een van de verzekeraar te vorderen vergoeding.
- 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 27 jaar voor wie aanspraak bestaat op kinderbijslag of op een toelage krachtens de Wet studiefinanciering 2000 of op buitengewone lastenaf trek 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 27 jaar wordt.
- 3 Schorsing
De premie, de wettelijk verschuldigde bijdragen, de assurantiebelaasting, de kosten en een door de verzekeringnemer / verzekerde aan de verzekeraar te voldoen eigen risico, als bedoeld in artikel 9.5, 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 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 Voor de bepaling van het eigen risico aan de voet is de (gezins)situatie bij aanvang van de verzekering of de (gezins)situatie per 1 januari van enig jaar bepalend.
 - 2 Beëindiging of wijziging van een gekozen eigen risico aan de voet vindt uitsluitend plaats bij aanvang van een verzekeringsjaar. Op het polisblad staat het gekozen eigen risico bedrag aan de voet vermeld.
 - 3 Bij aanvang van de verzekering of bij overgang naar een andere verzekeringsvorm in de loop van een verzekeringsjaar wordt een gekozen eigen risico naar evenredigheid van het aantal verstreken maanden vastgesteld. 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. Bij omzetting van de verzekering in sluimerdekking blijft het eigen risico ongewijzigd van kracht. 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.
 - 4 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.
 - 5 Als een ziekenhuisopname niet eindigt in het verzekeringsjaar 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, 6.3.5 en 6.3.6 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 samen met de originele nota's en 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 afrekenspecificatie 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.

Clearing House Apothekers (CHA)

Voor declaratie van farmaceutische hulp kan men ook gebruik maken van rechtstreekse afhandeling tussen apotheker en Delta Lloyd Zorgverzekering NV via CHA. Uw apotheker kan u hierover informeren.

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 in geval van tandheelkundige hulp;
- e de naam en de betaalgegevens van de zorgaanbieder.

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 Buitenlandschade

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.

4 Hulp bij het verhalen van persoonlijke schade

Indien ten gevolge van een ongeval persoonlijke schade wordt geleden (bijvoorbeeld eigen risico, kleding- of inkomensschade) waarvoor een derde aansprakelijk kan worden gesteld of indien er recht bestaat op smartengeld, kan door ons, bij het verhalen van de schade op de aansprakelijke derde, veelal hulp worden verleend. Als op het declaratieformulier wordt aangegeven dat de gedeclareerde kosten het gevolg zijn van een ongeval, wordt geïnformeerd naar de toedracht van het ongeval. Op verzoek wordt nadere informatie verstrekt over de mogelijkheden van de genoemde dienstverlening. Voorwaarde is dat de ziektekosten, die het gevolg zijn van het ongeval, voor vergoeding ingevolge de verzekering in aanmerking komen.

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

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 6.3.4 en 10.2 niet van toepassing zijn.

2 Dekking

- 1 Vergoeding wordt verleend voor 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 Als opname geschiedt in een ziekenhuis waarin geen tweede klasse aanwezig of beschikbaar is, wordt het verzekerde bedrag per opnamedag uitbetaald.

Artikel 15

Tanden Gaaf Polis

- 1 Bijzondere voorwaarden
- In aanvulling op de 'Algemene voorwaarden' geldt:
- 1 De artikelen 1, 2, 6.3.4 en 10.2 zijn niet van toepassing.
 - 2 De verzekering kan worden aangegaan voor personen vanaf de leeftijd van 18 jaar.
 - 3 De verzekeraar kan verzoeken om een recente gebitsstatus. Bij aanvaarding van de verzekering komen de kosten van de status tot maximaal het geldende CTG-tarief voor rekening van de verzekeraar.
 - 4 Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van:
 - het opvullen van aanwezige diastemen (ontbrekende elementen) die ten tijde van de aanvraag tot verzekering aanwezig zijn;
 - het plaatsen van kronen op gebitselementen die ten tijde van de aanvraag van de verzekering waren voorzien van een wortelkanaalbehandeling, tenzij reeds een kroon op het betreffende element aanwezig was;
 - behandelingen die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd dan wel tandheelkundig ondoelmatig zijn;
 - orthodontie.
 - 5 Voorts wordt geen vergoeding verleend voor de kosten die door de hoofdverzekering worden vergoed, zijnde:
 - het eerste periodiek preventief onderzoek, C11;
 - het incidenteel consult, C13;
 - de schriftelijke medische anamnese, C22;
 - tandheelkundige chirurgische hulp (UPT-codes beginnend met de letter H);
 - röntgendiagnostiek.
- 2 Dekking
- 1 Dekking wordt verleend:
 - a in Nederland 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 in dat geval door het College Tarieven Gezondheids-zorg (CTG) krachtens de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) vastgestelde rechtsgeldige tarief (UPT), tenzij anders aangegeven.
 - b voor de kosten van tandheelkundige hulp door een tandarts in België of Duitsland tot ten hoogste het rechtsgeldige tarief voor tandartsen in Nederland.
 - 2 Volledige vergoeding tot maximaal het op het polisblad vermelde bedrag per verzekerde per verzekeringsjaar wordt verleend:
 - a exclusief techniekkosten (indien dit is vermeld op het polisblad): voor de kosten van behandeling door
 - een tandarts en/of
 - een mondhygiënistmet uitzondering van techniekkosten.
 - b inclusief techniekkosten (indien dit is vermeld op het polisblad): voor de kosten van behandeling door
 - een tandarts en/of
 - een mondhygiënistinclusief de techniekkosten van behandelingen door een tandarts of een tandprotheticus, in rekening gebracht door een tandarts of een tandprotheticus op basis van de tarieven die het Nederlands Tandtechnisch Genootschap (NTG), de Vereniging van Laboratorium-houdende Tandtechnici (VLHT) en de Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT) aan hun leden adviseren.

Artikel 16

Verzekering 'AWBZ niet-gerechtigden'

- 1 Bijzondere voorwaarden
- 1 Deze verzekering is slechts mogelijk in combinatie met een hoofdverzekering.
 - 2 Dekking wordt uitsluitend verleend op basis van de regels geldend voor en gesteld in de AWBZ.
 - 3 De artikelen 1 en 2 zijn niet van toepassing.
- 2 Dekking
- Vergoeding van:
- a klinische psychiatrische hulp tot ten hoogste 365 dagen na voorgaande schriftelijke toestemming van de verzekeraar;
 - b niet-klinische psychiatrische hulp;
 - c hulp in een psychiatrische polikliniek;
 - d psychiatrische deeltijdbehandeling;
 - e niet-klinische psychotherapeutische behandeling. Vergoeding wordt verleend voor ten hoogste het aantal zittingen waarop AWBZ-gerechtigden in Nederland aanspraak kunnen maken en na voorafgaande schriftelijke toestemming van de verzekeraar.
- Vergoeding geschiedt in Nederland in Nederlands wettig betaalmiddel op basis van de dagkoers in Nederland ten tijde van de datum van de medische behandeling.

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 (Ernstige) acné Een zodanige vorm van acné dat medische behandeling nodig is.
- 2 Adviserend tandarts De tandarts die de verzekeraar in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.
- 3 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.
- 4 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.
- 5 Bijkomende kosten De medische kosten die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens een specialistische behandeling, zoals kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, pacemakers, bestralingen, narcose en gebruik operatiekamer of polikliniek, die door de instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht.
- 6 Buitenland Ieder ander land dan het land van vestiging.
- 7 C.P.M. (Continuous Passive Motion)-apparatuur Apparatuur (motorslede) ten behoeve van het continu passief bewegen van gewrichten na operatieve ingrepen.
- 8 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.
- 9 Dienstenstructuur Een in Nederland gevestigde instelling waar integrale huisartsenhulp wordt verleend gedurende avond, nacht, weekend en feestdagen, die als zodanig erkend is door de bevoegde overheidsinstantie.
- 10 Eerstelijns psychologische hulp Kortdurende psychologische hulp te verlenen door een vrijgevestigde psycholoog die een samenwerkingsverband heeft met een of meer huisartsen.
- 11 Eigen bijdrage De bijdrage in de kosten van verstrekkingen die de verzekerde verschuldigd is op grond van de AWBZ, de Ziekenfondswet of de daarop gebaseerde wet- en regelgeving.
- 12 Epilatie Het verwijderen van overvloedige beharing.
- 13 (Centrum voor) erfelijkheidsonderzoek Onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboom-, chromosoom-, ultrageluid- en/of DNA-onderzoek, biochemische diagnostiek, erfelijkheidsadviesing en de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding. Het onderzoek dient plaats te vinden in een in Nederland gelegen instelling die op grond van artikel 2 van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen toestemming heeft voor het toepassen van klinisch-genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.
- 14 Ergotherapeut Een in Nederland gevestigde ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
- 15 Farmaceutische hulp De regeling Farmaceutische hulp omvat:
 - geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelen-voorziening (WOG) mogen worden afgeleverd.
 - andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de WOG 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;
 - aangeboren hartfalen bij kinderen.
- 16 Flebologie Medische behandeling van aandoeningen aan de aderen, waaronder spataderen.
- 17 Fysiotherapeut Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnastmasseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.
- 18 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 27 jaar.

	Voor de kinderen moet aanspraak bestaan op: – kinderbijslag of – buitengewone lastenafrek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge de Uitvoeringsregeling inkomstenbelasting 2001 of – een toelage ingevolge de Wet studiefinanciering 2000.
19 Herstellingsoord	Een centrum dat hulp biedt aan personen die na lichamelijke ziekte en/of daaraan verbonden medische behandeling tijdelijke opvang, begeleiding en verpleging nodig hebben gedurende 24 uur per dag.
20 Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen	Middelen die voldoen aan het Besluit homeopathische farmaceutische producten en geregistreerd zijn als homeopatisch en/of antroposofisch geneesmiddel.
21 Hoofdverzekerde	Degene die op grond van de Ziekenfondswet als hoofdverzekerde is ingeschreven.
22 Hoofdverzekering	De verzekering op grond van de Ziekenfondswet gesloten bij NUTS Zorgverzekering, de Standaard(pakket)polis (SPP) dan wel een basisziektekostenverzekering gesloten bij de verzekeraar.
23 Huidtherapeut	Een daartoe op HBO-niveau opgeleide beroepsbeoefenaar, werkzaam binnen de eerste- en/of tweedelijnsgezondheidszorg, die patiënten met een zieke of beschadigde huid behandelt.
24 Hulpmiddelen	De medische middelen die in de regeling Hulpmiddelen, zoals door de verzekeraar vastgesteld, zijn opgenomen.
25 Huisarts	Een in Nederland 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.
26 Kaakchirurg	Een in Nederland gevestigde tandartsspecialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
27 Kraamzorg	De zorg, verleend door een aan een kraamcentrum verbonden (leerling)kraamverzorgster, waarbij deze bij verzekerde thuis verblijft en zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt.
28 Kuuroord	Een instelling waarbinnen een gestructureerd kuurprogramma onder (para)medische begeleiding wordt geboden.
29 Laboratoriumonderzoek	Onderzoek in een in Nederland gelegen laboratorium dat door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig is erkend.
30 Lymfapress	Apparatuur te gebruiken in de thuissituatie, ter bevordering van het afvoeren van overtollig lymfevocht uit de weefsels na operatieve ingrepen.
31 Medisch adviseur	De arts die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.
32 Medisch hulpverlener	Een in Nederland gevestigd arts, diëtist, ergotherapeut, fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck, manueel therapeut, huisarts, kaakchirurg, medisch specialist, logopedist, orthodontist, tandarts of verloskundige die voldoet aan de eisen als bedoeld in de toepasselijke wet- en regelgeving.
33 Medische indicatie	De indicatie voor verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende, medisch-wetenschappelijke overwegingen.
34 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.
35 Mondhygiënist	Een in Nederland gevestigde mondhygiënist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthodontist en podotherapeut.
36 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.
37 Orthodontist	Een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
38 Podotherapie	Het met een geneeskundig doel behouden en verbeteren van de functie van de voet door middel van het aan de voet toepassen van correctieve en protectieve technieken, het uitwendig bestrijden van aan de voet aanwezige huidaandoeningen en het voorkomen en bestrijden van nagelafwijkingen, met uitzondering van die behandelingen die ook verricht kunnen worden door een pedicure.
39 Repatriëring	Het medisch noodzakelijk ziekenvervoer vanuit de verblijfplaats in het buitenland naar Nederland, voor zover sprake is van verblijf in het buitenland wegens vakantie, dienstreis of studiedoeleinden.
40 Resocialisatie	Verblijf buiten het ziekenhuis in de eigen (huiselijke) omgeving, deel uitmakend van de behandeling ter voorbereiding op een naderend ontslag uit het ziekenhuis.

41 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. Het multidisciplinaire team dient in ieder geval te bestaan uit een medisch specialist, een paramedisch beroepsbeoefenaar en daarnaast uit een psycholoog of deskundige op maatschappelijk, arbeidskundig of revalidatietechnisch terrein.
42 Tandarts	Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.
43 (Centrum voor) Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen	Tandheelkundige hulp in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel aangeboren of verworven afwijking, heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. De behandeling dient plaats te vinden in een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig erkend of voorlopig erkend universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor bijzondere tandheelkunde, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.
44 Tandprotheticus	Een in Nederland gevestigde tandprotheticus, die is opgeleid conform het Besluit opleidings-eisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.
45 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.
46 Verzekeraar	Delta Lloyd Zorgverzekering NV.
47 Verzekerde	Degene voor wie de verzekeringsovereenkomst is aangegaan en die als zodanig in de administratie van de verzekeraar is geregistreerd.
48 Verzekeringnemer	Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.
49 Verzekeringsjaar	De periode, zoals omschreven op het polisblad. Indien op het polisblad geen periode vermeld is, wordt het verzekeringsjaar geacht gelijk te zijn aan het kalenderjaar.
50 Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
51 Zelfstandig behandelcentrum	Een in Nederland gevestigde instelling waarin met name niet-klinische specialistische zorg wordt verleend en die als zodanig is erkend door de bevoegde overheidsinstantie.
52 Ziekenhuis	Een in Nederland gelegen instelling voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis, revalidatie-inrichting, sanatorium of kraamcentrum is erkend door de bevoegde overheidsinstantie. Hiermee gelijkgesteld is het Nederlands Astma Centrum te Davos.
53 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 moet plaatsvinden, 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.
55 Zorgaanbieder	Een in Nederland gevestigde hulpverlener of hulpverlenende instantie die zorg biedt zoals omschreven in de dekking.
56 Zorghotel	Een door de verzekeraar als zodanig erkende in Nederland gelegen instelling die hulp biedt aan personen die na een ziekenhuisopname tijdelijke voortzetting van opvang, begeleiding en/of verpleging nodig hebben.