



De voorwaarden van 2005 bestaan uit de voorwaarden van 2003 en een aanvulling hierop in de vorm van een supplement.

Inhoudsopgave

Artikel 1	Begripsomschrijvingen
	<u>Zeker op Maat Polis Voordelig Pakket</u>
Artikel 2	Bijzondere voorwaarden
Artikel 3	Dekking
	<u>Algemene voorwaarden</u>
Artikel 4	Uitsluitingen en beperkingen
Artikel 5	Grondslag van de verzekering
Artikel 6	Algemeen
Artikel 7	Duur en voortzetting van de verzekering
Artikel 8	Begin en einde van de vergoedingen
Artikel 9	Verplichtingen van de verzekeringnemer
Artikel 10	Premie en eigen risico
Artikel 11	Wijziging van premie en/of voorwaarden
Artikel 12	Slotbepaling
Artikel 13	Belangrijke aanwijzingen
	<u>Aanvullende verzekeringen</u>
Artikel 14	Verzekering 'Hogere klasseverpleging'
Artikel 15	Tanden Gaaf Polis
Artikel 16	Verzekering 'AWBZ niet-gerechtigden'

Artikel 1	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 gehoor-apparatuur, 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 de specialistische behandeling (zoals kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, pacemakers, bestralingen, narcose en gebruik operatiekamer of polikliniek).
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 en als zodanig erkend 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 kosten van verstrekkingen die de verzekerde verschuldigd is op grond van de AWBZ, de Ziekenfondswet of de daarop gebaseerde 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 DNA-onderzoek, biochemische diagnostiek, erfelijkheidsadvisering en de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding. Het onderzoek dient plaats te vinden in een in Nederland gelegen instelling die is toegelaten op grond van artikel 2 van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen voor het toepassen van klinisch-genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.
14 Farmaceutische zorg	Farmaceutische zorg 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. – 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-; – stofwisselingsstoornis; – voedselallergie; – chronisch obstructief longlijden; – cystische fibrose; – aangeboren hartfalen bij kinderen. – verbandmiddelen, voor zover een langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.
15 Flebologie	Medische behandeling van aandoeningen aan de aderen, waaronder spataderen.
16 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 die 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.
17 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.

18 Homeopatische en antroposofische geneesmiddelen	Middelen die voldoen aan het Besluit homeopatische farmaceutische producten en geregistreerd zijn als homeopatisch en/of antroposofisch geneesmiddel.
19 Hoofdverzekerde	Diegene die op grond van de Ziekenfondswet als hoofdverzekerde is ingeschreven.
20 Hoofdverzekering	De verzekering op grond van de Ziekenfondswet, Standaard(pakket)polis (Spp) danwel een Delta Lloyd hoofdziektekostenverzekering.
21 Huidtherapeut	Een daartoe op HBO-niveau opgeleide beroepsbeoefenaar, werkzaam binnen de eerste- en/of tweedelijnsgezondheidszorg, die patiënten met een zieke of beschadigde huid behandelt.
22 Hulpmiddelen	Hulpmiddelen omvatten de medische middelen die in de regeling Hulpmiddelen, zoals door Delta Lloyd vastgesteld, zijn opgenomen.
23 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.
24 Kuuroord	Een instelling waarbinnen een gestructureerd kuurprogramma onder (para)medische begeleiding wordt geboden.
25 Laboratoriumonderzoek	Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium dat door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig is erkend.
26 Lymfapress	Apparatuur te gebruiken in de thuissituatie, ter bevordering van het afvoeren van overtollig lymfevocht uit de weefsels na operatieve ingrepen.
27 Medisch adviseur	De arts die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.
28 Medisch hulpverlener	Een in Nederland gevestigd arts, diëtist, ergotherapeut, fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck, manueel therapeut, huisarts, kaakchirurg, medisch specialist, logopedist, orthodontist, tandarts en verloskundige die voldoet aan de eisen als bedoeld in de toepasselijke wet- en regelgeving.
29 Medische indicatie	De indicatie voor verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende, medisch-wetenschappelijke overwegingen.
30 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.
31 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.
32 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.
33 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.
34 Resocialisatie	Verblijf buiten het ziekenhuis in de eigen (huiselijke) omgeving, deel uitmakend van de behandeling ter voorbereiding op een naderend ontslag uit het ziekenhuis.
35 Revalidatie behandelen	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.
36 (Centrum voor) tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen	Tandheelkundige hulp in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel aangeboren of verworven afwijkingen, 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.
37 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.
38 Verzekeraar	Delta Lloyd Zorgverzekering NV.
39 Verzekerde	Degene voor wie de verzekeringsovereenkomst is aangegaan en die als zodanig in de administratie van de verzekeraar is geregistreerd.
40 Verzekeringnemer	Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.
41 Verzekeringsjaar	De periode, zoals omschreven op het polisblad.

42 Zelfstandig behandelcentrum	Een in Nederland gevestigde instelling waarin met name niet-klinische specialistische zorg wordt verleend en als zodanig erkend door de bevoegde overheidsinstantie.
43 Ziekenhuis	Een in Nederland gelegen instelling voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis, sanatorium of kraamcentrum is erkend door de bevoegde overheidsinstantie. Hiermee gelijkgesteld is het Nederlands Astma Centrum in Davos.
44 Ziekenhuisverpleging	De opname en het verdere verblijf van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl ononderbroken behandeling door een specialist en/of kaakchirurg medisch noodzakelijk moet zijn.
45 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.
46 Zorgaanbieder	Een in Nederland gevestigde hulpverlener of hulpverlenende instantie die zorg biedt zoals omschreven in de dekking.

Zeker op Maat Polis Voordelig Pakket

Artikel 2

Bijzondere voorwaarden

- | | | |
|---|---------------|--|
| 1 | Aanvulling | In aanvulling op de 'Algemene voorwaarden' geldt: |
| | | <ol style="list-style-type: none"> 1 Het is de verzekeringnemer tot 45 jaar toegestaan voor alle, volgens de polis verzekerde personen, de voorwaarden van deze verzekering na drie aaneengesloten verzekeringsjaren zonder medische selectie om te zetten in de voorwaarden van het Zeker op Maat Polis Basis Pakket met een gelijkblijvend of hoger eigen risico tegen de voor het Zeker op Maat Polis Basis Pakket geldende premie. De wens daartoe moet binnen drie maanden voor het verstrijken van het derde verzekeringsjaar, schriftelijk aan de verzekeraar kenbaar worden gemaakt. Een dergelijke omzetting heeft betrekking op alle, volgens de polis, verzekerde personen. 2 De verzekering eindigt voor alle volgens de polis verzekerde personen met ingang van de eerste van de maand waarin een van de volgens de polis verzekerde personen de 50-jarige leeftijd bereikt. Verzekerden woonachtig in Nederland kunnen zich aansluitend zonder medische selectie verzekeren volgens het Zeker op Maat Polis Basis Pakket met een gelijkblijvend of hoger eigen risico, met inachtneming van de daarbij geldende regels, premies en voorwaarden. |
| 2 | Uitsluitingen | Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van: <ul style="list-style-type: none"> – tandheelkundige implantaten en behandelingen die verband houden met of voorafgaan aan het plaatsen van implantaten. – in-vitro-fertilisatie. – psycho-analyse of hulp verleend door een psycholoog en/of psychotherapeut. |

Artikel 3

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 in dat geval door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) krachtens de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) vastgestelde rechtsgeldige tarief, tenzij anders aangegeven.

- | | | |
|---|--|--|
| 1 | Bevalling | <ol style="list-style-type: none"> 1 Bevalling in een ziekenhuis met medische indicatie <ol style="list-style-type: none"> a Volledige vergoeding voor de verpleeg- en bijkomende kosten van verzekerde(n) tezamen in de verzekerde klasse. b Volledige vergoeding voor het honorarium van verloskundige hulp. c Volledige vergoeding voor de kosten van het gebruik van de polikliniek. |
| 2 | Dagverpleging in een ziekenhuis | Volledige vergoeding voor: <ol style="list-style-type: none"> 1 de kosten van het medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis verband houdend met een specialistische behandeling of onderzoek (A 007-tarief); 2 de bijkomende kosten; 3 het honorarium van de specialist. |
| 3 | Donorkosten bij orgaan-transplantaties | Volledige vergoeding voor de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de verpleegklasse waarvoor de donor is verzekerd.
Tevens worden vergoed de kosten van medische behandeling gedurende ten hoogste drie maanden, na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen. Voorwaarde is dat die behandeling verband houdt met de betreffende orgaandonatie. |
| 4 | Farmaceutische hulp | <ol style="list-style-type: none"> 1 Vergoeding voor de kosten van farmaceutische hulp overeenkomstig de regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld en zoals deze thans luidt of in de toekomst komt te luiden, die op voorschrift van een arts, tandarts, tandarts-specialist 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 of 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 verklaard. De eigen bijdrage die verschuldigd is boven de in het GVS gemaximeerde vergoeding komt niet voor vergoeding in aanmerking.
- 4 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 behandelende arts, waarin de indicatie wordt vermeld. Uit die indicatie moet blijken dat het gebruik van dieetpreparaten medisch noodzakelijk is. Deze verklaring is nodig bij aanvang van de behandeling.
- 5 Verbandmiddelen
Volledige vergoeding voor 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 behandelende arts, waarin de indicatie wordt vermeld. Uit die indicatie moet blijken dat het gebruik van verbandmiddelen medisch noodzakelijk is. Deze verklaring is nodig bij aanvang van de behandeling.
- 5 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).
- 6 Medisch-specialistische zorg anders dan in een ziekenhuis
Volledige vergoeding van het honorarium van de medisch-specialistische zorg die buiten het ziekenhuis en zonder enige gebruikmaking van ziekenhuisfaciliteiten wordt verleend.
- 7 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.
- 8 Poliklinische medisch-specialistische zorg
Poliklinische medisch-specialistische zorg in een ziekenhuis
Volledige vergoeding van:
 - 1 de kosten van medisch specialistische zorg in rekening gebracht door een ziekenhuis;
 - 2 de bijkomende kosten.
- 9 Revalidatie
Volledige vergoeding voor de kosten van:
 - 1 revalidatie behandeluren, mits de nota is vergezeld van het door de specialist opgestelde behandelplan.
 - 2 hartrevalidatie.
- 10 Tandheelkundige hulp
 - 1 Kaakchirurgische behandeling
Volledige vergoeding voor de kosten van behandeling en/of onderzoek door een kaakchirurg, die volgens medische en tandheelkundige normen algemeen aanvaard zijn en behoren tot chirurgische hulp van specialistische aard.
 - 2 Kaakorthopedische behandeling (orthodontie) in bijzondere gevallen
Volledige vergoeding voor de kosten van kaakorthopedische behandelingen 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 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 bestaat uitsluitend indien de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een behandelplan, tevoren toestemming heeft gegeven.
 - 3 Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen
Vergoeding van 90% 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:
 - a het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn.
 - b 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.
 - c een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect).
 - d een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnato- en/of palatoschisis).
 - e een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorafgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect).

- f 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.
 - g ernstig aangeboren tandafwijkingen, zoals amelogenesis imperfecta, waarbij het aantal aangedane elementen tenminste tien bedraagt.
 - h het verliezen van een of meerdere voortanden als gevolg van een ongeval voor verzekerden jonger dan 18 jaar.
 - i het niet aangelegd zijn van meerdere frontelementen waardoor tandvervangende hulp geïndiceerd is voor verzekerden jonger dan 18 jaar.
- Het recht op vergoeding voor de hulp onder a t/m g bestaat uitsluitend indien:
- de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist en
 - de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een behandelplan, tevoren toestemming heeft gegeven.
- Het recht op vergoeding voor de hulp onder h en i bestaat indien de verzekeraar vooraf schriftelijke toestemming heeft gegeven. Er wordt geen toestemming verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

11 Zelfstandige behandelcentra

Volledige vergoeding voor de kosten van gecontracteerde behandelingen in een zelfstandig behandelcentrum waarmee Delta Lloyd Zorgverzekering NV daartoe een overeenkomst heeft gesloten. Vergoeding voor deze kosten vindt plaats op basis van de door het CTG voor de desbetreffende verrichtingen en/of behandelingen vastgestelde tarieven. Delta Lloyd informeert u graag over de centra waarmee overeenkomsten zijn gesloten.

12 Ziekenhuisverpleging

- 1 Volledige vergoeding voor de kosten van verpleging, 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 schriftelijk toestemming heeft verleend.
- 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 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.

13 Ziekenvervoer

- 1 Volledige vergoeding voor de kosten van medisch geïndiceerd ambulancevervoer, op voorschrift van een arts naar en van de plaats waar een specialist praktijk uitoefent
- 2 Geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding voor de kosten van vervoer die verband houden met resocialisatie.

Algemene voorwaarden

Artikel 4

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 voor de kosten van:
 - inwendige elektrostimulators en het inbrengen hiervan;
 - het ongedaan maken van een vrijwillig ondergaan 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;
- 3 als de kosten betrekking hebben op de eigen bijdragen:
 - ingevolge de Ziekenfondswet;
 - ingevolge de AWBZ, tenzij deze worden genoemd in de dekking;
 - van bevolkingsonderzoeken.
- 4 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.
- 5 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 - 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.

6 als de verzekeringnemer, een verzekerde of een derde opzettelijk onjuiste gegevens heeft verstrekt.

Artikel 5

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 in deze gevallen zich op nietigheid van de verzekeringsovereenkomst te beroepen dan wel deze zonder inachtneming van een opzegtermijn te beëindigen.

Artikel 6

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 verzekerd.
- 2 De verzekerde is vrij in de keuze van apotheek, medisch hulpverlener en instelling, tenzij bemiddeling plaats vindt door Delta Lloyd.
- 3 De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de verzekeraar gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacyreglement van toepassing dat op verzoek aan de verzekeringnemer wordt toegezonden.
- 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 een van de onderdelen van het concern Delta Lloyd of bij NUTS het ziekenfonds voor Delta Lloyd en OHRA afgesloten zijn.

Artikel 7

Duur en voortzetting 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 onderdeel uitmakende 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 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 5.2 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 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 bij permanente vestiging van de verzekerde in het buitenland.
 - 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 of een publiekrechtelijke regeling.
- 4 **Zelfstandige voortzetting**

Als een kind de 18-jarige leeftijd bereikt en er geen aanspraak bestaat op:

 - kinderbijslag of
 - een toelage krachtens de Wet studiefinanciering 2000 of
 - buitengewone lastenafrek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge de Uitvoeringsregeling inkomstenbelasting 2001 of de 27-jarige leeftijd wordt bereikt kan dit kind niet meeverzekerd blijven op de polis van de ouders. Per de eerstvolgende polisvervaldatum vervalt dan het recht op medeverzekering. De verzekering kan aansluitend worden voortgezet op zelfstandige basis, met inachtneming van de daarbij geldende regels, premies en voorwaarden.
- 5 **Voortzetting van collectieve verzekeringen**
 - 1 Voortzetting van de verzekering door de verzekerde binnen de collectieve verzekerings-overeenkomst, 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 datum van (pré)pensionering of overlijden is ingediend.

2 Individuele voortzetting

Als de collectieve verzekering eindigt wegens:

- beëindiging van het dienstverband;
- (pré) VUT-regeling;
- arbeidsongeschiktheid;
- werkloosheid

kan de verzekeringnemer zichzelf en zijn gezin aansluitend op individuele basis verzekeren. Dit tenminste op basis van de Spp voorwaarden 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.

6 Sluimerdekking

Voor verzekerden tot de leeftijd van 50 jaar bestaat de mogelijkheid de verzekering te laten sluimeren tegen een gereduceerde premie. Bij het opnieuw doen ingaan van de dekking is dan geen gezondheidsverklaring vereist. Tijdens de sluimerdekking geldt voor de op de polis verzekerde personen geen recht op dekking.

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 hen worden betaald. Als op de verleende vergoeding nog een (gedeeltelijk) eigen risico verschuldigd was, wordt dit achteraf door of namens de verzekeraar in rekening gebracht.

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 zonder verdere navraag daaruit 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 na het tijdstip waarop 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 artikel 9 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 assurantiebelasting zijn hoofdelijk door de verzekeringnemer en de verzekerden verschuldigd bij vooruitbetaling. Maandpremie 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 assurantiebelasting te verrekenen met de 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. 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 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 18 jaar respectievelijk 27 jaar wordt.
- 3 Schorsing De premie, de wettelijk verschuldigde bijdragen, de assurantiebelasting, 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 verval dag 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 assurantiebelasting, 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 per gezin 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 7.3 met uitzondering van artikel 7.3.3, 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,- 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 7.3.1, 7.3.2, 7.3.4, 7.3.5 en 7.3.6 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

Slotbepaling

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

Artikel 13

Belangrijke aanwijzingen

- 1 Afhandeling van nota's

Een vlotte afhandeling van nota's wordt bereikt door het declaratieformulier volledig ingevuld met de originele nota's samen met de eventueel benodigde medische verklaring 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.

- 1 Clearing House Apothekers (CHA)
Bij nota's voor farmaceutische hulp kan men ook gebruik maken van rechtstreekse afhandeling tussen apotheker en Delta Lloyd Zorgverzekering NV via CHA. Informeer hiernaar bij uw apotheker.
- 2 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 UPT-code's in geval van tandheelkundige hulp;
 - e naam en betaalgegevens van de hulpverlener.

- 2 Ingezonden nota's
Nota's waarop gehele of gedeeltelijke vergoeding is verleend, worden niet teruggezonden. Evenmin worden nota's geretourneerd die, bijvoorbeeld door een eigen risico aan de voet van de verzekering, niet voor vergoeding in aanmerking komen, omdat deze op het openstaande eigen risico in mindering zijn gebracht. Wij adviseren daarom kopieën van de nota's te maken.
- 3 Buitenlandsschade
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 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.
- 6 Vragen en/of opmerkingen
Heeft u vragen en/of opmerkingen dan kunt u contact opnemen met Delta Lloyd.
Heeft u met Delta Lloyd Zorgverzekering NV een verschil van mening met betrekking tot deze verzekering dan kunt u dat meningsverschil voorleggen. Dan wordt een zelfstandig onderzoek ingesteld, waarna u een reactie ontvangt. Daarnaast kunt u zich wenden tot de Ombudsman Zorgverzekeringen.

De adressen van de hiervoor genoemde instanties zijn:
 - Delta Lloyd Zorgverzekering NV, Postbus 29677, 2502 LR Den Haag
 - Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag

Aanvullende verzekeringen

Artikel 14 Verzekering 'Hogere klasseverpleging'

- 1 Bijzondere voorwaarden
In aanvulling op de 'Algemene voorwaarden' geldt:
 - 1 Artikel 7.3.4 is niet van toepassing.
 - 2 De artikelen 2 en 3 zijn niet van toepassing.
- 2 Dekking
Vergoeding wordt verleend tot ten hoogste de wettelijk goedgekeurde tarieven van de in Nederland gemaakte kosten voor:
 - 1 Tweede klasseverpleging in een ziekenhuis.
 - 2 Als de verzekering is aangegaan op basis van verpleegklasse 2B en opname plaatsvindt in een ziekenhuis waarin slechts één tweede klasse aanwezig is, zal de verzekering worden geacht te gelden voor die tweede klasse.
- 3 Compensatie
Als opname geschiedt in een ziekenhuis waarin geen tweede klasse aanwezig of beschikbaar is, wordt een bedrag van € 23,- per opnamedag uitbetaald.

Artikel 15 Tand en Gaaf Polis

- 1 Bijzondere voorwaarden
In aanvulling op de 'Algemene voorwaarden' geldt:
 - 1 De artikelen 6.2, 7.3.4 en 10.2 zijn niet van toepassing.
 - 2 De artikelen 2 en 3 zijn niet van toepassing.
 - 3 De verzekering kan worden aangegaan voor personen vanaf de leeftijd van 18 jaar.
 - 4 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.
 - 5 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.

- de kosten van het periodiek preventief onderzoek, C11.
- chirurgische hulp van algemene aard.
- röntgendiagnostiek.
- orthodontie.

2 Dekking

Dekking wordt verleend, 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 Gezondheidszorg (CTG) krachtens de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) vastgestelde rechtsgeldige tarief (UPT), tenzij anders aangegeven.

- 1 Exclusief techniekkosten (indien dit vermeld is op het polisblad)
 - a Vergoeding van 80% voor de kosten van behandeling door een tandarts, met uitzondering van de techniekkosten.
 - b Vergoeding van 80% voor de kosten van behandeling door een mondhygiënist voor gebitsreiniging. Gebitsreiniging omvat M50 en/of M55 en/ of M59. Vergoed wordt ten hoogste het vastgestelde rechtsgeldige tarief voor tandartsen.
- 2 Inclusief techniekkosten (indien dit vermeld is op het polisblad)
 - a Vergoeding van 80% voor de kosten van behandeling door een tandarts.
 - b Vergoeding van 80% voor de kosten van behandeling door een mondhygiënist voor gebitsreiniging. Gebitsreiniging omvat M50 en/of M55 en/ of M59. Vergoed wordt ten hoogste het vastgestelde rechtsgeldige tarief voor tandartsen.
 - c Vergoeding van 80% voor techniekkosten van behandelingen door een tandarts in rekening gebracht door een tandarts of tandprotheticus op basis van de tarieven die het Nederlands Tandtechnisch Genootschap (NTG), de Vereniging van Laboratoriumhoudende Tandtechnici (VLHT) of de Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT) aan hun leden adviseert.
- 3 Vergoeding wordt verleend tot maximaal het op het polisblad vermelde bedrag per verzekerde per verzekeringsjaar.

Artikel 16

Verzekering 'AWBZ niet-gerechtigden'

1 Bijzondere voorwaarden

- 1 Deze verzekering is slechts mogelijk in combinatie met een basisverzekering.
- 2 Dekking wordt uitsluitend verleend op basis van de regels geldend voor en gesteld in de AWBZ.
- 3 De artikelen 2 en 3 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.



Supplement behorend bij polisvoorwaarden Delta Lloyd Ziektekostenverzekering Zeker op Maat Polis Voordelig Pakket 2003, model FE 03.2.03.

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

Artikel 1

Bijzondere voorwaarden

2 Uitsluitingen

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

- a tandheelkundige implantaten en behandelingen die verband houden met of voorafgaan aan het plaatsen van implantaten;
- b in-vitrofertilisatie behandelingen;
- c psycho-analyse, psychologische hulp en psychotherapie;
- d inwendige elektrostimulators en het inbrengen hiervan, tenzij opgenomen in de tarieflijst Instellingen;
- e een sterilisatiebehandeling;
- f het ongedaan maken van een vrijwillig ondergane sterilisatie en de gevolgen hiervan;
- g chelatie- en celtherapie;
- h 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;
- i in afwijking van het gestelde in artikel 1.2h wordt geen vergoeding verleend voor de kosten van specialistische, chirurgische of plastisch chirurgische ingrepen ter correctie van:
 - een afwijkende oorstand;
 - de borst(en) waarbij sprake is van het operatief plaatsen/vervangen van borstprothese(n) anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie;
 - de bovenoogleden;
 - de buikwand;
- j behandelingen tegen snurken en de daarbij behorende hulpmiddelen.

Artikel 2

Dekking

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

2 Dagverpleging in een ziekenhuis

Volledige vergoeding voor:

- 1 de kosten van het medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis verband houdend met specialistische behandeling of onderzoek;
- 2 de bijkomende kosten;
- 3 het honorarium van de specialist.

3 Donorkosten bij orgaantransplantaties

Volledige vergoeding voor de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de verpleegklasse waarvoor de donor is verzekerd. Tevens worden vergoed de kosten van medische behandeling gedurende ten hoogste drie maanden, na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen. Voorwaarde is dat die behandeling verband houdt met de desbetreffende orgaan-donatie.

Vergoeding voor de kosten van vervoer van de donor naar en van het ziekenhuis in verband met de verpleging ter verwijdering van het transplantatieorgaan. Vergoeding vindt plaats op grond van de tarieven van de meest gebruikelijke route in de laagste klasse van openbaar vervoer.

4 Farmaceutische hulp

6 De verzekeraar heeft de bevoegdheid te bepalen dat slechts vergoeding wordt verleend voor een door de verzekeraar aangewezen geregistreerd geneesmiddel, tenzij het aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde volgens de behandelend arts medisch niet verantwoord is.

6 Medisch-specialistische zorg anders dan in een ziekenhuis

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

9 Revalidatie

Volledige vergoeding voor de kosten van:

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

13 Zelfstandige behandelcentra

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

Algemene Voorwaarden

Artikel 3

Uitsluitingen en beperkingen

Geen vergoeding wordt verleend:

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

Beperkte vergoeding wordt verleend:

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

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

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

Artikel 4

Grondslag van de verzekering

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

Artikel 5

Algemeen

- 2 De verzekerde is vrij in de keuze van apotheek, medisch hulpverlener en instelling, tenzij de verzekeraar in de onderhavige dekking anders heeft bepaald.
- 3 Privacy
 - 1 Verwerking gegevens

Delta Lloyd Zorgverzekering NV verwerkt persoonsgegevens en bedrijfsgegevens voor zover dat nodig is voor een verantwoorde uitoefening van de bedrijfsdoelstellingen. Deze uitoefening bestaat uit:

 - a Het verwerken van persoonsgegevens ten behoeve van het voorbereiden, het aangaan, de uitvoering en beëindiging van overeenkomsten. Hieronder vallen onder meer de gegevensverwerking in het kader van de precontractuele fase, het maken van offertes en het verschaffen van informatie, het kopen, bestellen en het leveren van goederen en diensten en het beheersen en beperken van de schadelast. Het afhandelen van transacties en ook het bemiddelen bij volgende transacties of verzoeken die voortkomen uit eerdere dienstverlening zoals claims, declaraties of tussentijdse beëindiging;
 - b Het verwerken van persoonsgegevens ten behoeve van managementinformatie, product- en dienstontwikkeling en het bepalen van het algemene beleid of andere activiteiten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering;
 - c Het voldoen aan wettelijke verplichtingen;
 - d Het verwerken van persoonsgegevens ter voorkoming van fraude, waaronder het verstrekken van informatie over claims, declaraties en tussentijdse beëindiging zowel binnen de branche als aan gerechtelijke instanties;
 - e Het behandelen van geschillen en het doen uitoefenen van accountantscontrole;
 - f Het verwerken van persoonsgegevens, niet zijnde bijzondere gegevens, voor direct marketing doeleinden en servicegerichte doeleinden gericht op het totstandbrengen, in stand houden en uitbreiden van een directe relatie tussen Delta Lloyd Zorgverzekering NV en de andere maatschappijen binnen het Delta Lloyd-concern met klanten, precontractuele klanten en prospects.
 - 2 Recht van Verzet

Als u geen prijs stelt op informatie over producten en diensten door Delta Lloyd, dan kunt u daartegen verzet aantekenen.

- 3 Inzage- en Correctierecht
U heeft de mogelijkheid tot inzage en eventueel tot correctie van uw persoonsgegevens. Hiertoe kunt u schriftelijk contact opnemen met de privacy-coördinator (Postbus 29677, 2502 LR Den Haag).

Artikel 6

Aanvang, duur en einde van de verzekering

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

Sluimerdekking

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

Artikel 7

Voortzetting van de verzekering

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

Artikel 8

Begin en einde van de vergoedingen

- 1 a De verzekeringnemer heeft recht op vergoeding van de kosten, voor zover gemaakt tijdens de periode dat de verzekering van kracht is. Bepalend daarvoor is de datum van medische behandeling, verpleging of onderzoek.
- b In afwijking van het onder 8.1.a gestelde geldt dat de kosten tot afsluiting van een DBC voor rekening komen van de verzekeraar waar de verzekerde bij opening van de DBC was verzekerd.
- 3 Iedere aanspraak op vergoeding van kosten vervalt als door of namens de verzekeringnemer of door de verzekerde over de desbetreffende ziektekosten enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overgelegd of enige onjuiste opgave is gedaan. Het verval van recht op vergoeding kan betrekking hebben op de volledig ingediende aanspraak op vergoeding en/of verstrekking, daarmee ook op die delen van de ingediende aanspraak waarbij geen feiten en omstandigheden zijn verzwegen of onware opgaven zijn gedaan. De verzekeraar zal alle reeds uitgekeerde vergoedingen van de desbetreffende ziektekosten terugvorderen. De verzekeraar beëindigt direct na constatering het recht op uitkering volgens deze verzekering. Bovendien beëindigt de verzekeraar na constatering van bedrog de verzekering met terugwerkende kracht per de ingangsdatum van de verzekering.

Artikel 9

Verplichtingen van de verzekeringnemer en/of de verzekerde

De verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht:

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

Artikel 10

Premie en eigen risico

2 Premie kinderen

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

4 Eigen risico

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

Artikel 13

Belangrijke aanwijzingen

5 Vragen en/of opmerkingen

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

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

De adressen van de hiervoor genoemde instanties zijn:

- Delta Lloyd Zorgverzekering NV, Postbus 29677, 2502 LR Den Haag
- Stichting Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag

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

Aanvullende verzekeringen

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

Artikel 14

Verzekering 'Hogere klasseverpleging'

1 Bijzondere voorwaarden

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

2 Dekking

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

Artikel 15

Tanden Gaaf Polis

1 Bijzondere voorwaarden

In aanvulling op de 'Algemene voorwaarden' geldt:

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

Begripsomschrijvingen

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

Dit supplement maakt onderdeel uit van de polisvoorwaarden Delta Lloyd Ziektekostenverzekering Zeker op Maat Polis Voordelig Pakket 2003, model FE 03.2.03.