



Inhoudsopgave

Artikel 1	Begripsomschrijvingen
Artikel 2	Omschrijving van de dekking
Artikel 3	Uitsluitingen
	<u>Algemene voorwaarden</u>
Artikel 4	Grondslag van de verzekering
Artikel 5	Algemeen
Artikel 6	Duur en 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	Slotbepaling
Artikel 12	Aanwijzingen
	<u>Verzekering 'Hogere klasseverpleging'</u>
Artikel 13	Dekking

Artikel 1

Begripsomschrijvingen (in alfabetische volgorde)

- | | | |
|---|---------------|---|
| 1 | Behandelaar | een in Nederland gevestigde geneeskundige, paramedicus of psycholoog. De behandelaar dient ingeschreven te zijn in het officiële register bestemd voor de desbetreffende beroepsgroep of bij een erkende beroepsorganisatie. |
| 2 | Ongeval | een plotselinge en rechtstreekse inwerking van een van buiten komend geweld, waardoor lichamelijk letsel wordt toegebracht, waarvan de aard en plaats geneeskundig zijn vast te stellen. |
| 3 | Tandarts | een in Nederland gevestigde tandarts. De tandarts dient als zodanig geregistreerd te staan overeenkomstig de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG. |
| 4 | Verzekeraar | Delta Lloyd Zorgverzekering NV |
| 5 | Ziekenvervoer | vervoer binnen Nederland dat om medische redenen met een ander dan een openbaar vervoermiddel plaatsvindt. Dit vervoer vindt plaats vanwege een medisch onderzoek of een medische behandeling. De vergoeding bij gebruik van eigen auto is gelijk aan de belastingvrije forfaitaire kilometerprijs voor zakelijke autoritten. |

Artikel 2

Omschrijving van de dekking

De verzekeraar vergoedt maximaal volgens officieel goedgekeurde CTG en gangbare tarieven de in Nederland gemaakte kosten voor:

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|---|
| 1 | Algemene dekking | Volledige vergoeding voor de kosten van geneeskundige, paramedische, psychologische en/of preventieve hulp door een behandelaar alsmede de kosten van ziekenvervoer en de in de regel met de hulp samenhangende bijkomende kosten. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Bijzondere dekking | <table border="0"><tr><td style="vertical-align: top; padding-right: 20px;">1</td><td>Buitenland
Behandeling in het buitenland wegens een onvoorzien ziektegeval:
Vergoeding voor de kosten, zoals genoemd in de algemene dekking en tandheelkundige hulp, van spoedeisende medisch noodzakelijke hulp wegens een onvoorzien ziektegeval ontstaan tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland. Vergoed worden ten hoogste de in het desbetreffende land officieel goedgekeurde en gangbare tarieven.</td></tr><tr><td style="vertical-align: top; padding-right: 20px;">2</td><td>Repatriëring
Volledige vergoeding voor de kosten van repatriëring inclusief de in rekening gebrachte kosten voor begeleiding. Vergoeding wordt verleend als 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.</td></tr><tr><td style="vertical-align: top; padding-right: 20px;">3</td><td>Vergoeding van de noodzakelijke extra verblijfskosten van de verzekerde als repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan.</td></tr><tr><td style="vertical-align: top; padding-right: 20px;">4</td><td>Vergoeding van de reiskosten van een eenmalig bezoek van een gezinslid bij opname van de verzekerde én indien repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan.</td></tr><tr><td style="vertical-align: top; padding-right: 20px;">5</td><td>Vergoeding voor de kosten bij overlijden van de verzekerde van:<ul style="list-style-type: none">– het vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland óf– begrafenis of crematie in het buitenland en de kosten verbonden aan de overkomst van gezinsleden tot een maximumbedrag dat gepaard zou zijn gegaan met repatriëring van het stoffelijk overschot.</td></tr><tr><td style="vertical-align: top; padding-right: 20px;">6</td><td>Vergoeding voor de kosten van opsporing en/of redding van de verzekerde tot een maximum van f 25.000,00. Voorwaarde is dat de verzekerde in het buitenland in een noodsituatie is beland, waardoor kosten moeten worden gemaakt vanwege opsporing en/of redding die voor rekening van de verzekerde komen.</td></tr><tr><td style="vertical-align: top; padding-right: 20px;">7</td><td>Behandeling in het buitenland wegens een voorzien ziektegeval binnen Europa
Vergoeding voor de kosten verband houdend met medische hulp binnen Europa zoals aangegeven in de algemene dekking die uitsluitend of mede het doel vormt van een verblijf in het buitenland tot ten hoogste 100% van de in Nederland geldende tarieven. Voorwaarde is dat vooraf toestemming door de verzekeraar is verleend.
De kosten voor het vervoer naar en van het buitenland worden niet vergoed.</td></tr><tr><td style="vertical-align: top; padding-right: 20px;">8</td><td>Kuuroorden
Eén keer in de drie verzekeringsjaren vergoeding voor de kosten van een behandeling in een kuuroord binnen Europa tot ten hoogste f 5.500,00 per verzekerde per verblijf, na voorafgaande toestemming van de verzekeraar. De behandeling dient verband te houden met één van onderstaande aandoeningen:<ul style="list-style-type: none">– Bechterew;– psoriasis;– reumatische artritis.</td></tr></table> | 1 | Buitenland
Behandeling in het buitenland wegens een onvoorzien ziektegeval:
Vergoeding voor de kosten, zoals genoemd in de algemene dekking en tandheelkundige hulp, van spoedeisende medisch noodzakelijke hulp wegens een onvoorzien ziektegeval ontstaan tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland. Vergoed worden ten hoogste de in het desbetreffende land officieel goedgekeurde en gangbare tarieven. | 2 | Repatriëring
Volledige vergoeding voor de kosten van repatriëring inclusief de in rekening gebrachte kosten voor begeleiding. Vergoeding wordt verleend als 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. | 3 | Vergoeding van de noodzakelijke extra verblijfskosten van de verzekerde als repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan. | 4 | Vergoeding van de reiskosten van een eenmalig bezoek van een gezinslid bij opname van de verzekerde én indien repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan. | 5 | Vergoeding voor de kosten bij overlijden van de verzekerde van: <ul style="list-style-type: none">– het vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland óf– begrafenis of crematie in het buitenland en de kosten verbonden aan de overkomst van gezinsleden tot een maximumbedrag dat gepaard zou zijn gegaan met repatriëring van het stoffelijk overschot. | 6 | Vergoeding voor de kosten van opsporing en/of redding van de verzekerde tot een maximum van f 25.000,00. Voorwaarde is dat de verzekerde in het buitenland in een noodsituatie is beland, waardoor kosten moeten worden gemaakt vanwege opsporing en/of redding die voor rekening van de verzekerde komen. | 7 | Behandeling in het buitenland wegens een voorzien ziektegeval binnen Europa
Vergoeding voor de kosten verband houdend met medische hulp binnen Europa zoals aangegeven in de algemene dekking die uitsluitend of mede het doel vormt van een verblijf in het buitenland tot ten hoogste 100% van de in Nederland geldende tarieven. Voorwaarde is dat vooraf toestemming door de verzekeraar is verleend.
De kosten voor het vervoer naar en van het buitenland worden niet vergoed. | 8 | Kuuroorden
Eén keer in de drie verzekeringsjaren vergoeding voor de kosten van een behandeling in een kuuroord binnen Europa tot ten hoogste f 5.500,00 per verzekerde per verblijf, na voorafgaande toestemming van de verzekeraar. De behandeling dient verband te houden met één van onderstaande aandoeningen: <ul style="list-style-type: none">– Bechterew;– psoriasis;– reumatische artritis. |
| 1 | Buitenland
Behandeling in het buitenland wegens een onvoorzien ziektegeval:
Vergoeding voor de kosten, zoals genoemd in de algemene dekking en tandheelkundige hulp, van spoedeisende medisch noodzakelijke hulp wegens een onvoorzien ziektegeval ontstaan tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland. Vergoed worden ten hoogste de in het desbetreffende land officieel goedgekeurde en gangbare tarieven. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Repatriëring
Volledige vergoeding voor de kosten van repatriëring inclusief de in rekening gebrachte kosten voor begeleiding. Vergoeding wordt verleend als 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Vergoeding van de noodzakelijke extra verblijfskosten van de verzekerde als repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Vergoeding van de reiskosten van een eenmalig bezoek van een gezinslid bij opname van de verzekerde én indien repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Vergoeding voor de kosten bij overlijden van de verzekerde van: <ul style="list-style-type: none">– het vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland óf– begrafenis of crematie in het buitenland en de kosten verbonden aan de overkomst van gezinsleden tot een maximumbedrag dat gepaard zou zijn gegaan met repatriëring van het stoffelijk overschot. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Vergoeding voor de kosten van opsporing en/of redding van de verzekerde tot een maximum van f 25.000,00. Voorwaarde is dat de verzekerde in het buitenland in een noodsituatie is beland, waardoor kosten moeten worden gemaakt vanwege opsporing en/of redding die voor rekening van de verzekerde komen. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Behandeling in het buitenland wegens een voorzien ziektegeval binnen Europa
Vergoeding voor de kosten verband houdend met medische hulp binnen Europa zoals aangegeven in de algemene dekking die uitsluitend of mede het doel vormt van een verblijf in het buitenland tot ten hoogste 100% van de in Nederland geldende tarieven. Voorwaarde is dat vooraf toestemming door de verzekeraar is verleend.
De kosten voor het vervoer naar en van het buitenland worden niet vergoed. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Kuuroorden
Eén keer in de drie verzekeringsjaren vergoeding voor de kosten van een behandeling in een kuuroord binnen Europa tot ten hoogste f 5.500,00 per verzekerde per verblijf, na voorafgaande toestemming van de verzekeraar. De behandeling dient verband te houden met één van onderstaande aandoeningen: <ul style="list-style-type: none">– Bechterew;– psoriasis;– reumatische artritis. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 elders is verzekerd.
Ook worden de kosten van medische behandeling vergoed na ontslag uit het ziekenhuis. Voorwaarde is dat die behandeling verband houdt met de betreffende orgaandonatie. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Hulpmiddelen | <table border="0"><tr><td style="vertical-align: top; padding-right: 20px;">1</td><td>Volledige vergoeding voor de kosten van hulpmiddelen en de eigen bijdragen overeenkomstig de door Zorgverzekeraars Nederland vastgestelde regeling Hulpmiddelen. De regeling Hulpmiddelen maakt deel uit van deze voorwaarden van verzekering en wordt op verzoek kosteloos toegezonden.</td></tr><tr><td style="vertical-align: top; padding-right: 20px;">2</td><td>Volledige vergoeding van visuscorrigerende brillenglazen en contactlenzen.</td></tr></table> | 1 | Volledige vergoeding voor de kosten van hulpmiddelen en de eigen bijdragen overeenkomstig de door Zorgverzekeraars Nederland vastgestelde regeling Hulpmiddelen. De regeling Hulpmiddelen maakt deel uit van deze voorwaarden van verzekering en wordt op verzoek kosteloos toegezonden. | 2 | Volledige vergoeding van visuscorrigerende brillenglazen en contactlenzen. | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Volledige vergoeding voor de kosten van hulpmiddelen en de eigen bijdragen overeenkomstig de door Zorgverzekeraars Nederland vastgestelde regeling Hulpmiddelen. De regeling Hulpmiddelen maakt deel uit van deze voorwaarden van verzekering en wordt op verzoek kosteloos toegezonden. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Volledige vergoeding van visuscorrigerende brillenglazen en contactlenzen. | | | | | | | | | | | | | | | | | |

5 Kraamzorg

Een vaste vergoeding van f 1.600,00 per verzekerde na een bevalling. Bij de geboorte van een meeverzekerde meerling geldt een vergoeding van f 1.600,00 voor alle pasgeborenen tezamen. De maximale vergoeding bedraagt f 3.200,00 voor alle verzekerden tezamen. Voor elke dag dat de verzekerde in het ziekenhuis verblijft -gedurende een periode van acht dagen te rekenen met ingang van de dag van de bevalling- wordt hierop f 200,00 per verzekerde in mindering gebracht.

Bij geboorte van een meeverzekerde meerling geldt een mindering van f 200,00 per dag voor alle pasgeborenen tezamen.

1 In plaats van een vaste vergoeding kan worden gekozen voor zorg in natura geregeld door de verzekeraar. Deze kraamzorg moet tenminste vier 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 Zorg.

2 Voor een bevalling ontvangt u een kraampakket. U ontvangt het kraampakket uiterlijk zes weken voor de vermoedelijke bevallingsdatum thuis. Het pakket kan worden aangevraagd bij Delta Lloyd Zorg.

6 Tandheelkundige hulp

1 Volledige vergoeding voor de kosten van orthodontie.

2 Algemene tandheelkundige hulp
Volledige vergoeding voor de kosten van algemene tandheelkundige hulp, inclusief techniekkosten, verleend door een tandarts voor verzekerden tot 18 jaar.

3 Vergoeding voor de kosten van algemene tandheelkundige hulp, inclusief techniekkosten, verleend door een tandarts voor verzekerden van 18 jaar en ouder tot een maximum van f 2.500,00 per verzekerde per verzekeringsjaar.

4 Bijzondere tandheelkundige hulp
Volledige vergoeding voor de kosten van bijzondere tandheelkunde verleend door een centrum voor 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.

5 Gebitsprothese
Volledige vergoeding voor de kosten, inclusief techniekkosten, voor het vervaardigen, repareren en rebasen van een uitneembare volledige prothetische voorziening voor de onder- of de bovenkaak vervaardigd door een tandarts, tandprotheticus of centrum voor bijzondere tandheelkunde.

6 Tandheelkundige implantaten
Vergoeding voor de kosten van tandheelkundige implantaten, en de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak. De vergoeding wordt gegeven als:
– de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak en
– de implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese.

7 Thuishulp

1 Vergoeding voor de kosten van verpleegkundige en verzorgende hulp in aansluiting op een ziekenhuisopname. Voorwaarde is dat de hulp verband moet houden met de indicatie van deze ziekenhuisopname. Vooraf moet een zorgplan bij de verzekeraar ingediend worden.

2 Vergoeding voor de kosten van huishoudelijke hulp na ontslag uit een ziekenhuis tot een maximum van f 1.000,00 gedurende maximaal zes weken. Voorwaarde is dat de ziekenhuisopname langer dan vijf dagen heeft geduurd en de hulp direct aansluitend aan de opname plaats vindt. Aanmelding bij de verzekeraar dient zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk op de dag van ontslag, plaats te vinden.

8 Verblijfkosten

Volledige vergoeding van verblijf in het Ronald McDonaldhuis of soortgelijk logeer- of gasthuis, bij opname van een meeverzekerd kind. Ook worden de vervoerskosten naar het huis vergoed op basis van openbaar vervoer. De vergoeding bij gebruik van eigen auto is gelijk aan de belastingvrije forfaitaire kilometerprijs voor zakelijke autoritten.

Artikel 3

Uitsluitingen

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

Geen vergoeding wordt verleend:

1 voor de kosten van behandelingen of voorzieningen die naar maatschappelijke opvattingen als buitensporig worden aangemerkt.

2 voor declaraties die niet thuishoren binnen een ziektekostenverzekering en er in redelijkheid niet verlangd kan worden dat deze kosten vergoed worden.

3 voor de kosten van vormverbeterende behandelingen van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid. Vergoeding wordt wel verleend bij verminking door een ongeval, lichamelijke ziekte of een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde afwijking.

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 op een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, een subsidieregeling of - ware deze verzekeringsovereenkomst niet gesloten - een andere dan deze overeenkomst voor de daaruit voortvloeiende kosten aanspraken kan doen gelden. Deze verzekering geldt slechts als aanvulling op 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 kosten betrekking hebben op:
 - de eigen bijdragen van enige wettelijke regeling anders dan genoemd onder de omschrijving van de dekking en de eigen bijdrage psychotherapie;
 - hulp en begeleiding door personen of instellingen die zich bewegen op sociaal, maatschappelijk of onderwijskundig terrein.
- 7 voor de kosten van AWBZ verstrekkingen indien de verzekerde geen recht heeft op de AWBZ verstrekkingen.

Algemene voorwaarden

Artikel 4

Grondslag van de verzekering

- 1 De verzekering wordt aangegaan op grond van een volledig en naar waarheid ingevuld en ondertekend aanvraagformulier en de eventueel daarnaast verstrekte gegevens.
- 2 De verzekeraar is geen vergoeding van kosten verschuldigd als de verzekeraar niet in de gelegenheid is gesteld de juiste omvang van het te verzekeren risico te beoordelen. Beoordeling is niet mogelijk als de op het aanvraagformulier gestelde vragen niet, onvolledig of in strijd met de waarheid zijn beantwoord dan wel opzettelijk, met de bedoeling de verzekeraar te misleiden, gegevens zijn verzwegen.
De verzekeraar is bevoegd in deze gevallen zich op nietigheid van de verzekeringsovereenkomst te beroepen dan wel deze zonder inachtneming van een opzegtermijn te beëindigen.

Artikel 5

Algemeen

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.

Artikel 6

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.
Voor kinderen, geboren tijdens de duur van de verzekering, is - ongeacht de gezondheids-toestand van het kind - de verzekering onmiddellijk van kracht. Voorwaarde is dat het kind binnen drie maanden 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 10.2;
 - 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 4.2;
 - b schorsing als bedoeld in artikel 9.3;
 - c bedrog.
 - 4 voor verzekerden met een hoofdverzekering woonachtig in Nederland met ingang van de eerste van de maand waarin de 65-jarige leeftijd wordt bereikt. Aansluitend vindt verzekering plaats volgens de regels van de Standaardpakketpolis (Spp) met inacht-neming van de op grond van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (WTZ) voor die verzekering geldende regels en voorwaarden. De Delta Lloyd Ziekte-kostenverzekering geldt vanaf dat moment als aanvullende dekking op de voorwaarden van de Spp. In totaal zal de te betalen premie gelijk zijn aan de premie van de Delta Lloyd Ziektekostenverzekering.
- 5 bij permanente vestiging van de verzekerde in het buitenland.
- 6 met ingang van de dag waarop:
 - verzekeringsplicht volgens de regels van de Ziekenfondswet ontstaat of
 - de verzekeraar de mededeling heeft ontvangen van de inschrijving volgens de regels van een publiekrechtelijke regeling.De verzekering wordt alleen beëindigd na overlegging van de bewijsstukken.

- 4 Aanvullende verzekering De aanvullende verzekeringen zijn slechts mogelijk in combinatie met een hoofdverzekering. De hoofdverzekering moet bij een van de onderdelen van het concern Delta Lloyd, OHRA of bij NUTS, het ziekenfonds voor Delta Lloyd en OHRA afgesloten zijn.
- 5 Zelfstandige voortzetting Als een kind de 27-jarige leeftijd bereikt, vervalt het recht op medeverzekering. Per de eerstvolgende polisvervaldatum kan de verzekering aansluitend worden voortgezet op zelfstandige individuele basis, met inachtneming van de daarbij geldende regels, premies en voorwaarden.

Artikel 7

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 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 8

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.
- 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 vastgesteld kan worden welke vergoeding de verzekeraar moet verlenen. De nota's dienen opgesteld te zijn in de Nederlandse, Franse, Engelse, Duitse of Spaanse taal. Computernota's moeten door de zorgaanbieder gewaarmerkt zijn.
- 4 het door hem verschuldigde eigen risico op 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 behandelaar, 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.
- 5 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. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
- 6 Bij het niet nakomen van de in artikel 8 genoemde verplichtingen behoeft de verzekeraar geen kosten te vergoeden. Al gedane uitkeringen kunnen door de verzekeraar worden teruggevorderd.

Artikel 9

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. 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 assurantiebelaasting 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 op de studiefinanciering of op buitengewone lastenaf trek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge artikel 9 Uitvoeringsregeling inkomstenbelasting 1990, 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 27 jaar wordt.
- 3 Schorsing De verzekeringnemer dient de premie, kosten, wettelijke bijdragen en een door de verzekerde aan de verzekeraar eigen risico, als bedoeld in artikel 8.4, uiterlijk op de verval dag te voldoen. Indien de verzekeringnemer het verschuldigde bedrag niet betaalt of niet binnen de gestelde termijn betaalt, vindt opschorting van de dekking plaats met ingang van de eerste dag van het tijdvak waarover dit bedrag verschuldigd was. De verzekeringnemer dient het verschuldigde bedrag alsnog te betalen. Invorderingskosten, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, komen voor rekening van de verzekeringnemer.
 - 1 Voor de kosten, ontstaan in de tijd van opschorting, of voor de kosten waartoe de noodzaak zich heeft geopenbaard in de tijd van opschorting, wordt geen vergoeding verleend. De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgende op die waarop het verschuldigde bedrag door de verzekeraar is ontvangen en aangenomen.

2 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 Beëindiging of wijziging van een gekozen eigen risico aan de voet vindt alleen plaats bij aanvang van een verzekeringsjaar. Op het polisblad staat het gekozen eigen risicobedrag aan de voet vermeld.
- 2 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 het al 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 f 50,00 bedragen.
- 3 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.
- 4 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.
Het eigen risico is niet van toepassing bij ziekenhuisopname ten gevolge van een ongeval.
- 5 Het eigen risico is niet van toepassing op farmaceutische zorg.

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 en 6.3.4 t/m 6.3.6 over de nog niet verstreken periode van de lopende verzekeringstermijn waarover premie is betaald.

Artikel 10

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 van het kortingspercentage dat op grond van leeftijd van een verzekerde is toegekend, wordt niet als premieverhoging in de zin van dit artikel aangemerkt.
- 3 Als de verzekeraar binnen 30 dagen na de in artikel 10.1 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 11

Slotbepaling

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

Artikel 12

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 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 een nieuw declaratieformulier met een afrekenstaat toegezonden. Op deze staat is het telefoonnummer vermeld van degene die telefonisch nadere inlichtingen kan verstrekken.
Met het formulier kunnen niet meer dan acht nota's tegelijk worden ingezonden. Mochten er meer nota's zijn, dan kunnen deze worden ingediend na ontvangst van het nieuwe declaratieformulier.

2 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 behandelaar.

3 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 een kopie van de nota's te maken.

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, zal over deze dienstverlening nadere informatie worden toegezonden.
Voorwaarde voor deze dienstverlening 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 om de aangevraagde verzekering alsnog te annuleren. Hiervoor stuurt u ons de polis terug met een verzoek om 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 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 Zorg
Postbus 29677
2502 LR Den Haag
 - Ombudsman Zorgverzekeringen
Postbus 93560
2509 AN Den Haag

Verzekering ‘Hogere klasseverpleging’

Artikel 13

Dekking

Vergoeding wordt verleend voor maximaal de tussen de verzekeraar en instelling overeengekomen tarieven de in Nederland gemaakte kosten voor:

- 1 tweede klasseverpleging in een ziekenhuis.
- 2 Compensatie
Als opname plaatsvindt in een ziekenhuis waarin in het geheel geen tweede klasse aanwezig of beschikbaar is, wordt een bedrag van f 125,00 per opnamedag uitbetaald.