

Inhoudsopgave

Delta Lloyd Ziektekostenverzekering Online Plus

Artikel 1

Algemene dekking

Artikel 2

Bijzondere dekking

Algemene voorwaarden

Artikel 3

Uitsluitingen en beperkingen

Artikel 4

Grondslag van de verzekering

Artikel 5

Algemeen

Artikel 6

Aanvang, duur en einde van de verzekering

Artikel 7

Voortzetting van de verzekering

Artikel 8

Begin en einde van de vergoedingen

Artikel 9

Verplichtingen van de verzekeringnemer en/of verzekerde

Artikel 10

Premie en eigen risico

Artikel 11

Wijziging van premie en/of voorwaarden

Artikel 12

Algemene bepalingen

Artikel 13

Belangrijke aanwijzingen

Aanvullende verzekering

Artikel 14

Verzekering 'Hogere klasseverpleging'

Artikel 15

Tanden Gaaf Polis

Begripsomschrijvingen

Artikel 1

Algemene dekking

- 1 De verzekeraar vergoedt volgens de door of namens de verzekeraar overeengekomen tarieven de in Nederland gemaakte kosten van geneeskundige, paramedische en/of preventieve hulp door een behandelaar alsmede de kosten van ziekenvervoer en de in de regel met de hulp samenhangende bijkomende kosten. Indien geen tarief is overeengekomen, vergoedt de verzekeraar genoemde kosten op basis van officieel goedgekeurde CTG en gangbare tarieven of het door het ziekenhuis vastgestelde DBC-tarief.
- 2 In een aantal situaties kan er geen aanspraak worden gemaakt op kostenvergoeding. Geen vergoeding wordt verleend:
 - 1 voor de kosten van 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 een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking;
 - 2 voor de kosten van behandelingen of voorzieningen die naar maatschappelijke opvattingen als buitensporig worden aangemerkt;
 - 3 voor declaraties die niet thuishoren binnen een ziektekostenverzekering en er in redelijkheid niet verlangd kan worden dat deze kosten vergoed worden;
 - 4 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 en/of onderwijskundig terrein;
 - 5 de kosten van AWBZ verstrekkingen indien de verzekerde geen recht heeft op de AWBZ verstrekkingen;
 - 6 de kosten van materialen voor normaal gebruik en onderhoud.
- 3 In afwijking van en/of aanvulling op de in de 'Algemene voorwaarden' vermelde begripsomschrijvingen gelden voor deze verzekering de volgende begripsomschrijvingen:
 - a Behandelaar
Een in Nederland gevestigde geneeskundige of paramedicus, die is ingeschreven in het officiële register bestemd voor de desbetreffende beroepsgroep of bij een erkende beroepsorganisatie.
 - b Ziekenvervoer
Vervoer binnen Nederland dat om medische redenen met een ander dan openbaar vervoermiddel plaatsvindt. Dit vervoer vindt plaats vanwege een medisch onderzoek of een medische behandeling ten behoeve van de verzekerde. De vergoeding bij gebruik van de eigen auto bedraagt € 0,28 per kilometer.

Artikel 2

Bijzondere dekking

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none">1 Bevallings en kraamzorg | <ol style="list-style-type: none">1 Een vergoeding tot maximaal € 1.800,00 per bevalling voor de verzekerde moeder. Ingeval van ziekenhuisverpleging wordt een bedrag van € 225,00 per verpleegdag als op grond van het DBC-tarief door het ziekenhuis in rekening gebracht, op deze vergoeding in mindering gebracht.2 In plaats van een vaste vergoeding kan worden gekozen voor zorg in natura geregeld door de verzekeraar. Deze kraamzorg moet tenminste vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum worden aangevraagd. Voor informatie over deze kraamzorg en de voorwaarden die daarvoor gelden, kunt u contact opnemen met Delta Lloyd Zorg.3 Uitgestelde of verlengde kraamzorg
In geval er sprake is van complicaties bij de bevalling en/of tijdens de kraamperiode heeft een op deze polis verzekerde vrouw aansluitend op de reeds verleende kraamzorg, of het verblijf van moeder en/of kind in het ziekenhuis, recht op vergoeding van maximaal 5 extra dagen kraamzorg met een maximum van 6 uren per dag.
De vergoeding wordt uitsluitend verleend, indien bij het door verzekerde vooraf ingediende verzoek de medische indicatie van de behandelend specialist is overgelegd. Op basis daarvan stelt de verzekeraar het aantal te vergoeden extra dagen vast. De toezegging tot vergoeding wordt door de verzekeraar schriftelijk aan verzekerde kenbaar gemaakt.4 Kraampakket
Een op deze polis verzekerde vrouw heeft voor een bevalling recht op een kraampakket. Voorwaarde is dat uiterlijk in de vijfde maand van de zwangerschap aanmelding plaatsvindt bij de verzekeraar. De verzekerde ontvangt het kraampakket uiterlijk zes weken voor de vermoedelijke bevallingsdatum thuis. |
| <ol style="list-style-type: none">2 Brillenglazen/contactlenzen | <p>Volledige vergoeding voor de kosten van aanschaf van visuscorrigerende brillenglazen en/of visuscorrigerende contactlenzen.</p> |
| <ol style="list-style-type: none">3 Buitenland | <ol style="list-style-type: none">1 Volledige vergoeding van de kosten van vaccinaties. De vaccinaties moeten als doel hebben een ziekte te voorkomen met het oog op een reis naar het buitenland.2 Behandeling in het buitenland wegens een onvoorzien ziektegeval.
Vergoeding voor de kosten, zoals genoemd in de algemene dekking, van spoedeisende medisch noodzakelijke hulp wegens een onvoorzien ziektegeval ontstaan tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland tot ten hoogste 200% van de kosten, die bij een soortgelijke behandeling in Nederland zouden zijn uitgekeerd met inachtneming van de op grond van de polisdekking geldende maximale vergoeding.3 Behandeling binnen Europa wegens een voorzien ziektegeval
Vergoeding voor de kosten van medische hulp binnen Europa tot ten hoogste 200% van de kosten, die bij een soortgelijke behandeling in Nederland zouden zijn uitgekeerd met inachtneming van de op grond van de polisdekking geldende maximale vergoeding.
Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:<ul style="list-style-type: none">– de hulp ook in Nederland onder de polisdekking valt;– voorafgaande schriftelijke toestemming door de verzekeraar is verleend, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.Geen recht op vergoeding bestaat voor de kosten van vervoer naar, in en van het buitenland. |

- 4 Geen aanspraak op vergoeding bestaat voor de kosten verband houdend met medische hulp, die uitsluitend of mede het doel vormt van een verblijf in een van de landen buiten Europa.
 - 5 Volledige vergoeding voor de kosten van organisatie van hulpverlening door de Delta Lloyd Hulpdienst, alsmede de kosten van telefoon, telegram enz., gemaakt om contact op te nemen met de Delta Lloyd Hulpdienst.
 - 6 Volledige vergoeding voor de kosten van repatriëring per ambulance en/of vliegtuig inclusief de in rekening gebrachte kosten van begeleiding. Vergoeding wordt verleend indien voor de repatriëring een medische noodzaak aanwezig is. Repatriëring is medisch noodzakelijk wanneer behandeling in het buitenland op medische gronden onverantwoord is. De medische noodzaak van repatriëring dient vooraf door de Delta Lloyd Hulpdienst te worden beoordeeld.
 - 7 Vergoeding voor de kosten bij overlijden van de verzekerde van:
 - 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 het vervoer van het stoffelijk overschot.
 Vergoeding wordt verleend indien het vervoer, de begrafenis of crematie vooraf is gemeld bij de Delta Lloyd Hulpdienst.
 - 8 Vergoeding voor de reiskosten van een eenmalig bezoek van een gezinslid bij opname van de verzekerde én indien repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan. Voorwaarde is dat het bezoek vooraf is gemeld bij de Delta Lloyd Hulpdienst.
 - 9 Vergoeding voor de noodzakelijke extra verblijfskosten van de verzekerde als repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan. Een noodzakelijk langer verblijf dient te worden gemeld bij de Delta Lloyd Hulpdienst.
 - 10 Vergoeding voor de kosten van opsporing en/of redding van de verzekerde tot maximaal € 11.350,00. 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 én dat vooraf melding plaatsvindt bij de Delta Lloyd Hulpdienst.
 - 11 Volledige vergoeding voor de kosten in verband met bemiddeling van de Delta Lloyd Hulpdienst bij overmaken van benodigd geld, indien er sprake is van een de verzekerde overkomen ziektegeval in het buitenland waarvoor de Delta Lloyd Hulpdienst is ingeschakeld.
 - 12 Volledige vergoeding voor de kosten van de organisatie door de Delta Lloyd Hulpdienst van toezending van medicijnen en noodzakelijke hulpmiddelen, indien er sprake is van een de verzekerde overkomen ziektegeval in het buitenland waarvoor de Delta Lloyd Hulpdienst is ingeschakeld.
De Delta Lloyd Hulpdienst is dag en nacht bereikbaar, ook in het weekend, onder telefoonnummer +31 20 695 55 62.
 - 13 Alleen in geval van een medisch noodzakelijke ziekenhuisopname is rechtstreekse betaling aan een buitenlandse instelling mogelijk.
Voor vergoeding komen uitsluitend nota's in aanmerking die zijn gesteld in de Nederlandse, Franse, Duitse, Engelse of Spaanse taal. De vergoeding geschiedt in Nederland in Nederlands wettig betaalmiddel op basis van de dagkoers in Nederland ten tijde van de datum van de medische behandeling.
 - 14 Tandheelkundige kosten
Vergoeding tot een maximum van € 345,00 per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van spoedeisende tandheelkundige hulp.
-
- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| 4 | Diëtistische voedingsadviezen | Volledige vergoeding voor de kosten van voedingsadviezen door een diëtist na schriftelijke verwijzing door de huisarts of de behandelend specialist. |
| 5 | 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 betreffende orgaandonatie.
Vergoeding voor de kosten van vervoer van de donor naar en van het ziekenhuis in verband met de verpleging ter verwijdering van het transplantatieorgaan. Vergoeding vindt plaats op grond van de tarieven van de meest gebruikelijke route in de laagste klasse van openbaar vervoer. |
| 6 | Eerstelijns psychologische hulp | Volledige vergoeding voor de kosten van 'intake' en behandeling door een eerstelijns psycholoog. Het recht op vergoeding van de kosten bestaat als er sprake is van kortdurende behandeling. Onder kortdurende hulp wordt maximaal 12 behandelingen verstaan.
Geen vergoeding wordt verleend voor kosten van behandelingen gerelateerd aan onderwijs en/of scholing en voor orthopedagogische hulp. |
| 7 | Eigen bijdragen AWBZ | Volledige vergoeding voor de krachtens de AWBZ door de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen: <ul style="list-style-type: none"> – voor niet-klinische psychiatrische hulp in geval van individuele psychotherapie, groeps-psychotherapie, partner-relatiepsychotherapie en gezinspsychotherapie. Een en ander tot het in de AWBZ vastgestelde maximum per jaar per verzekerde dan wel, in geval van gezins-psychotherapie, per gezin. Geen vergoeding wordt verleend voor eigen bijdragen voor hulp verstrekt door of vanwege het RIAGG; – voor verblijf in een hospice of een bijna-thuis-huis. |
| 8 | Erfelijkheidsonderzoek | Volledige vergoeding voor de kosten van hulp in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. De hulp omvat het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboom-, chromosoom-, ultrageluid- en DNA-onderzoek, biochemische diagnostiek, erfelijkheidsadvisering en de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding.
Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan tevens advisering plaatsvinden. De kosten van dit onderzoek van andere personen dan de verzekerde komen voor rekening van de verzekeraar van de onderzochte andere personen. |

9 Ergotherapie	Vergoeding voor de kosten van behandeling door een ergotherapeut tot maximaal 10 uur per verzekerde per kalenderjaar. Ergotherapie omvat: advisering, instructie, training en/of behandeling met als doel de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen Voorwaarde is dat: – de behandeling gegeven wordt door een ergotherapeut in diens behandelruimte of ten huize van de verzekerde; – de behandeling op voorschrift van een huisarts of specialist plaatsvindt; – de eerste nota vergezeld is van dit voorschrift.
10 Farmaceutische hulp	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 niet medisch verantwoord is.
11 Fysiotherapie en oefentherapie	1 Volledige vergoeding voor de kosten van behandelingen door een fysiotherapeut waarmee de verzekeraar daartoe een overeenkomst heeft gesloten. Indien de fysiotherapeut geen overeenkomst met de verzekeraar heeft, vindt vergoeding plaats tot maximaal het vastgestelde CTG-tarief dat in 2004 voor de desbetreffende behandeling van kracht was. Delta Lloyd is graag behulpzaam bij het vinden van een gecontracteerde zorgaanbieder, telefoon (070) 310 08 88. 2 Volledige vergoeding voor de kosten van behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck/Cesar.
12 Hulpmiddelen	1 Volledige vergoeding voor de kosten van hulpmiddelen en de eigen bijdragen overeenkomstig de door Delta Lloyd vastgestelde regeling Hulpmiddelen, zoals deze thans luidt of in de toekomst komt te luiden. De regeling maakt deel uit van deze voorwaarden van verzekering en wordt op verzoek kosteloos toegezonden. 2 Volledige vergoeding voor de kosten van: – penisimplantaten / vacuümpomp; – pessaria en IUD (koperhoudende spiraaltjes) voor verzekerden vanaf 21 jaar; – steunzolen. 3 Hulpmiddelen in bruikleen: BiPAP; Continuous Passive Motion apparatuur (C.P.M.); Lymfapress; ultraviolet B thuisbehandelingsapparatuur; geboortetens, op voorschrift van de behandelaar. Het recht op verstrekking in bruikleen van deze hulpmiddelen bestaat na bemiddeling door de verzekeraar. 4 Hulpmiddelen dienen doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling aan de verzekeraar. 5 De kosten van normaal gebruik en onderhoud van hulpmiddelen zijn uitgesloten van vergoeding. 6 Vergoeding voor de huurkosten van de hierna genoemde hulpmiddelen (in eenvoudige uitvoering) verstrekt door een thuiszorgorganisatie, nadat de uitleent termijn is verstreken. De termijn waarover vergoeding plaatsvindt, is gemaximeerd tot zes maanden per hulpmiddel. Met betrekking tot de door de verzekeraar te verlenen vergoeding wordt aansluiting gezocht bij de tarieven zoals vastgesteld door de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg. Het betreft de volgende hulpmiddelen: astronautenkussen; elektrische of hydraulische bedcarrier; flotationpad; gelkussen; hoog ledikant; elektrisch of mechanisch hoog-laagbed; infuusstandaard; matras; lucht-, vezel- of watermatras; onrusthekken; papegaai vast aan bed of op standaard; uitzuigapparatuur. Het recht op vergoeding voor de huurkosten van deze hulpmiddelen bestaat indien de nota is vergezeld van een verklaring van de behandelend arts, waarin de indicatie wordt vermeld. Uit die indicatie moet blijken dat het gebruik van het hulpmiddel medisch noodzakelijk is. 7 Vergoeding voor de huurkosten van een plaswekker. Het recht op vergoeding bestaat indien: – er sprake is van nachtelijk bedplassen; – de aanvraag vergezeld is van een verklaring van de behandelend arts waarin de indicatie is vermeld; – de verzekerde een leeftijd tussen 6 en 16 jaar heeft; – bemiddeling door de verzekeraar heeft plaatsgevonden.
13 Kinderopvang	Een tegemoetkoming in de kosten van € 25,00 per dag voor de kosten van kinderopvang thuis bij ziekenhuisopname van de verzekerde verzorgende ouder voor kinderen tot 13 jaar.
14 Kuuroorden	Eén keer in de drie verzekeringsjaren volledige vergoeding voor de kosten van een behandeling in een kuuroord binnen Europa, na voorafgaande toestemming van de verzekeraar. De behandeling dient verband te houden met één van volgende aandoeningen: Bechterew, psoriasis of reumatische artritis. De kosten van vervoer naar en van het kuuroord komen, tenzij anders overeengekomen, niet voor vergoeding in aanmerking.
15 Lactatiekundige hulp	Volledige vergoeding voor de kosten van lactatiekundige hulp ter bevordering van borstvoeding voor zuigelingen uitgevoerd door een lactatiekundige. Lactatiekundige hulp omvat advisering, voorlichting en praktische ondersteuning. Voorwaarde is dat de moeder op deze polis verzekerd is.
16 Lidmaatschap patiëntenvereniging	Vergoeding tot een maximum van € 70,00 per verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering voor de contributie van patiëntenverenigingen. Voorwaarde voor vergoeding is dat de patiëntenverenigingen in ieder geval activiteiten ontplooiën en gespreksgroepen organiseren en voorlichting geven, verband houdend met de aandoening van verzekerde.
17 Logeerfaciliteit	Vanaf de 14e nacht volledige vergoeding voor de overnachtingskosten van de ouders in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen en aan dat ziekenhuis verbonden gast- of logeershuis in geval van ziekenhuisopname van langer dan 14 dagen, van een krachtens de polis meeverzekerd kind tot de leeftijd van 18 jaar.

18 Menopauze	Volledige vergoeding tot een maximum van 3 consulten per verzekeringsduur voor de kosten van voorlichting, advies en hulp gedurende de menopauze voor een op deze polis verzekerde vrouw.
19 Nachtelijk verblijf in een oncologisch ziekenhuis	Volledige vergoeding voor de kosten van nachtelijk verblijf in een oncologisch ziekenhuis in aansluiting op een poliklinische behandeling door middel van bestraling of behandeling met cytostatica in de Dr. Daniël den Hoed Kliniek te Rotterdam of het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis te Amsterdam.
20 Obesitaspolikliniek	Vergoeding voor de kosten van behandeling voor ziekelijk overgewicht in een Obesitas-polikliniek, indien op een schriftelijk verzoek van de behandelend arts of specialist de verzekeraar voorafgaand toestemming heeft verleend. De vergoeding tot een maximum van € 450,00 wordt eenmaal verstrekt gedurende de gehele verzekeringsduur.
21 Orgaantransplantaties	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.
22 Reiskosten ouders	Vergoeding voor de reiskosten naar en van een ziekenhuis in Nederland in verband met een ziekenhuisopname van een kind. Vergoeding wordt verleend op basis van de kosten van openbaar vervoer, 2e klasse aan één ouder per bezoek tot maximaal vier bezoeken per week. Het recht op vergoeding van deze kosten bestaat indien het kind: – op deze polis meeverzekerd is en – niet ouder is dan 15 jaar en – opgenomen is in een ziekenhuis buiten de eigen woonplaats.
23 Second opinion	Volledige vergoeding voor de kosten van het raadplegen van een andere specialist ('second opinion'), indien de behandelend specialist een ingrijpende medische behandeling heeft voorgesteld.
24 Serviceverlening	1 Bedevaartreis en gehandicaptenvakantie Verzekerden die willen deelnemen aan een bedevaartreis of een vakantie reis voor lichamelijk gehandicapten kunnen bij de verzekeraar een folder en een aanvraagformulier aanvragen. Toewijzing vindt plaats op basis van de middelen het aanvraagformulier verstrekte gegevens en het aantal door de organiserende stichtingen aan de verzekeraar beschikbaar gestelde plaatsen. Van de deelnemende verzekerden wordt slechts een beperkte eigen bijdrage gevraagd. 2 Wachtlijstbemiddeling Indien een medisch noodzakelijke behandeling in Nederland niet binnen een redelijke termijn kan plaatsvinden als gevolg van het aanwezig zijn van een voor de desbetreffende behandeling bestaande wachtlijst, kan verzekerde met de verzekeraar contact opnemen met een verzoek tot wachtlijstbemiddeling voor behandeling elders in Nederland of in het buitenland: telefoon (070) 310 08 88. De reis- en verblijfskosten komen, tenzij anders bij de bemiddeling overeengekomen, niet voor vergoeding in aanmerking. 3 Actief bewegen met beweegadvies Een verzekerde die deelneemt aan beweegprogramma's ter verbetering van fitheid en conditie ontvangt een korting van 10% op alle diensten van de beweegadviescentra die door de verzekeraar zijn gecontracteerd. Aanmelding via Delta Lloyd: telefoon (070) 310 08 88. 4 Les Vaux (in Frankrijk) Volledige vergoeding voor de kosten van therapeutische begeleiding gedurende een gastenweek in Les Vaux, Frankrijk. Geen vergoeding wordt verleend voor reis- en verblijfskosten. Het recht op vergoeding bestaat indien: – er sprake is van een oncologische aandoening, en; – de verzekeraar op verzoek vooraf schriftelijke toestemming heeft verleend.
25 Sportorganisaties voor hartpatiënten	Volledige vergoeding voor de kosten van deelname aan activiteiten van sportorganisaties voor hartpatiënten. Het recht op vergoeding bestaat als: – er sprake is van een tijdelijke of blijvende hartaandoening zoals bijvoorbeeld na een doorgemaakt hartinfarct, een dotterprocedure of een open hartoperatie, en – de activiteiten plaatsvinden met schriftelijke goedkeuring van de behandelend arts/specialist onder deskundige leiding, en – de nota vergezeld is van deze schriftelijke verklaring. De verklaring is nodig bij aanvang van de activiteiten.
26 Tandheelkundige zorg	1 Voor verzekerden jonger dan 18 jaar - a door een tandarts – Vergoeding van de kosten tot maximaal € 345,00 per verzekerde per kalenderjaar; – Volledige vergoeding van de kosten van röntgendiagnostiek. - b door een tandarts of orthodontist Volledige vergoeding van de kosten van kaakorthopedische behandeling (orthodontie of gebitsregulatie). Indien de aangevragen kaakorthopedische behandeling nog voortduurt bij het bereiken van de 18 jarige leeftijd, zal voor de voortgezette behandeling eveneens volledige vergoeding van kosten plaatsvinden. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van reparatie of vervanging van orthodontische apparatuur die het gevolg zijn van toerekenbare onachtzaamheid van de verzekerde.

- 2 Kaakchirurgische behandeling
Volledige vergoeding van de kosten van behandelingen en/of onderzoeken door een kaakchirurg, die volgens medische en tandheelkundige normen algemeen aanvaard zijn en behoren tot chirurgische hulp van specialistische aard.
- 3 Orthodontie (kaakorthopedische behandeling) in bijzondere gevallen
Volledige vergoeding van de kosten van kaakorthopedische behandelingen (gebitsregulatie) in bijzondere gevallen door een orthodontist op advies van een huisarts of tandarts indien de behandeling een gevolg is van:
 - a een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnat- en/of palatoschisis);
 - b een aangeboren ernstige afwijking, ontwikkelingsstoornis en/of syndroom in het -hoofd/halsgebied;
 - c condylaire groeistoornissen of zeer ernstige kaakgewrichtsklachten die na voorbehandeling in een centrum voor bijzondere tandheelkunde alleen met behulp van een kaakorthopedische behandeling kunnen worden verholpen;
 - d een zodanig ernstige orthodontische afwijking dat osteotomie noodzakelijk is om tot een stabiele kaakrelatie te komen.

Het recht op vergoeding voor verzekerden vanaf 18 jaar bestaat uitsluitend indien de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een behandelplan, tevoren toestemming heeft gegeven.
- 4 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen
Volledige vergoeding van de kosten van bijzondere tandheelkunde in geval van een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking die heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel.

Het betreft de volgende afwijkingen:
 - 1 het niet aangelegd zijn van gebitsselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn;
 - 2 een kaakgewrichtsafwijking (cranio-mandibulaire dysfunctie), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts, algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten niet tot het gewenste resultaat heeft geleid;
 - 3 een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect);
 - 4 een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnat- en/of palatoschisis);
 - 5 een uitgebreid defect aan de mond en/of kaak en/of het aangezicht, eventueel na een voorafgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect);
 - 6 functieverlies van de speekselklieren, zoals na bestralingen in het hoofd/halsgebied en bij een ernstige vorm van de ziekte van Sjögren, waarbij sprake is van ernstige tandheelkundige consequenties;
 - 7 aangeboren ernstige tandafwijkingen, zoals amelogenesis imperfecta, waarbij het aantal aangedane elementen tenminste tien bedraagt;
 - 8 het verliezen van één of meerdere voortanden als gevolg van een ongeval;
 - 9 het niet aangelegd zijn van meerdere frontelementen waardoor tandvervangende hulp met niet-plastische materialen geïndiceerd is.

Het recht op vergoeding voor de behandeling van de afwijking bestaat uitsluitend indien:

 - a voor de afwijkingen als genoemd onder 1 t/m 7 een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid is vereist;
 - b voor de afwijkingen als genoemd onder 8 en 9 de verzekerde jonger dan 18 jaar is; Voor de afwijkingen als genoemde onder 1 t/m 9 geldt bovendien, dat de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, vooraf schriftelijke toestemming heeft gegeven. Er wordt geen toestemming verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar en/of onnodig gecompliceerd is.
- 5 Gebitsprothese
 - a Vergoeding van 75% voor de kosten, inclusief techniekkosten, van een uitneembare volledige gebitsprothese voor de onder- en/of bovenkaak vervaardigd door:
 - een tandarts of een centrum voor bijzondere tandheelkunde;
 - een tandprotheticus waarmee de verzekeraar daartoe een overeenkomst heeft gesloten.

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

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

Als de uitneembare volledige gebitsprothese wordt vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus komt voor deze vergoeding uitsluitend in aanmerking de uitneembare volledige vervangingsprothese voor de onder- en/of bovenkaak.
 - b Volledige vergoeding van de kosten van reparatie en rebasen door:
 - een tandarts van een bestaande uitneembare volledige gebitsprothese in de onder- en/of bovenkaak;
 - een tandprotheticus van een bestaande uitneembare volledige vervangingsprothese in de onder- en/of bovenkaak. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien de tandprotheticus een overeenkomst met de verzekeraar heeft.

Delta Lloyd is graag behulpzaam bij het vinden van een gecontracteerde tandprotheticus, telefoon (070) 310 08 88.
 - c Indien de uitneembare volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde komt in plaats van de vigerende UPT (Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) goedgekeurde tarief voor vergoeding in aanmerking.

	6 Tandheelkundige implantaten Vergoeding voor de kosten van tandheelkundige implantaten, alsmede de kosten verbandhoudend met het inbrengen daarvan in de kaak, doch uitsluitend indien: – de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak én – de implantaten dienen als steun voor een uitneembare volledige (overkappings)prothese én – de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelplan inhoudende een implantatenformulier inclusief een röntgenfoto van de kaak (OPG), vooraf toestemming heeft verleend. Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een kaakchirurg, omvat de vergoeding het honorarium van de kaakchirurg (en zonodig de anesthesist) en de bijkomende ziekenhuiskosten. In het geval de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, omvat de vergoeding het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniek-kosten.
	7 Mesostructuur en prothese op implantaten Vergoeding voor de kosten van de mesostructuur op implantaten (het vastzittende deel), alsmede de kosten van de uitneembare volledige overkappingsprothese op implantaten (het uitneembare deel), doch uitsluitend indien: – de mesostructuur en/of de uitneembare volledige prothese vervaardigd en geplaatst worden door een tandarts of een centrum voor bijzondere tandheelkunde én – de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurde begroting en behandelplan tevoren toestemming heeft verleend. Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. De vergoeding voor de behandeling omvat het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten. Per uitneembare volledige overkappingsprothese in de onder- dan wel de bovenkaak komt een eigen bijdrage van € 90,00 per kaak voor rekening van verzekerde. Indien de mesostructuur en/of de uitneembare volledige overkappingsprothese worden vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, komt in plaats van de vigerende UPT (Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) goedgekeurde tarief in aanmerking. In dat geval komt eveneens een eigen bijdrage van € 90,00 per kaak voor rekening van verzekerde. De eigen bijdrage telt niet mee voor het bereiken van het bedrag van een eventueel eigen risico aan de voet. Volledige vergoeding voor de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige overkappingsprothese in onder- en/of bovenkaak.
	8 Tandheelkundige hulp voor verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap Als door een verstandelijke en/of lichamelijke handicap een langere dan normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling van de verzekerde noodzakelijk is, wordt vergoeding verleend op basis van een goedgekeurd tarief per behandeluur. De aanspraak genoemd onder artikel 2.26.1a is dan niet van toepassing. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien geen aanspraak gemaakt kan worden op tandheelkundige hulp vergoed uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
27 Therapeutische kampen	Volledige vergoeding voor de kosten van een verblijf in een therapeutisch kamp voor chronisch zieke kinderen jonger dan 16 jaar. Deze vergoeding geldt voor maximaal 6 weken per kalenderjaar.
28 Thuishulp	Vergoeding voor de kosten van verpleegkundige en verzorgende, of huishoudelijke hulp in aansluiting op een ziekenhuisopname, gedurende maximaal zes weken tot een maximum van € 545,00, indien – de voorafgaande ziekenhuisopname langer dan vijf dagen heeft geduurd, én – de hulp direct verband houdt met de indicatie van deze ziekenhuisopname, én – de hulp direct aansluitend aan de opname plaatsvindt. De vergoeding wordt verstrekt voor de kosten van door de verzekerde geïnitieerde hulp betrokken van een particuliere thuishulporganisatie, en indien deze kosten niet uit anderen hoofde worden vergoed.
29 Verblijfskosten	Volledige vergoeding voor de kosten van verblijf in een 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, 2e klasse. De vergoeding bij gebruik van de eigen auto bedraagt € 0,28 per kilometer.
30 Voetverzorging voor diabetici	Volledige vergoeding voor de kosten van voetverzorging voor diabetici door een pedicure.
31 Ziekenhuisverpleging	1 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. 2 In het geval dat de moeder wegens borstvoeding in verband met verpleging van een zieke zuigeling in een ziekenhuis verblijf moet houden, worden ook de verblijfskosten van de moeder vergoed op basis van het geldende tarief gedurende maximaal vier dagen. Voorwaarde is dat moeder en kind op deze polis verzekerd zijn.

Artikel 3

Uitsluitingen en beperkingen

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

Geen vergoeding wordt verleend:

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

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 terrorismeschade.

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 terrorismeschade.

Artikel 4

Grondslag van de verzekering

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

- 1 Voor gezinnen geldt, dat alle tot het gezin behorende personen op basis van dezelfde voorwaarden van verzekering (polisdekking) bij de verzekeraar moeten worden aangemeld. De verzekeraar heeft het recht één of meerdere personen die tot het gezin behoren anders dekking te verlenen.
- 2 De verzekerde is vrij in de keuze van apotheek, medisch hulpverlener en instelling, tenzij 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).
- 4 Aanspraak op geneeskundige en farmaceutische zorg kan slechts tot gelding worden gebracht voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop naar aard, inhoud en omvang is aangewezen. De omvang van deze hulp wordt bepaald door hetgeen in de kring van de beroepsgenoten gebruikelijk is.
- 5 Een aanvullende verzekering is slechts mogelijk in combinatie met een hoofdverzekering. De hoofdverzekering moet bij de verzekeraar zijn afgesloten.

Artikel 6

Aanvang, duur en einde van de verzekering

1 Aanvang van de verzekering

Met inachtneming van het bepaalde in de overige artikelen, wordt de verzekering van kracht op de ingangsdatum vermeld op het polisblad dat onderdeel uitmaakt van de polis. Voor kinderen, geboren tijdens de duur van de verzekering, is - ongeacht de gezondheids-toestand van het kind - de verzekering onmiddellijk van kracht, mits het kind binnen 30 dagen na de geboorte schriftelijk ter verzekering is aangemeld.

Bedenktime

Mocht na ontvangst van de polis blijken dat de verzekering toch niet aan de verwachtingen voldoet, dan is de mogelijkheid aanwezig de aangevraagde verzekering alsnog te annuleren. Hiervoor stuurt u ons de polis terug met een verzoek de verzekering te annuleren. Uw verzoek tot annulering moet binnen 14 dagen na de dagtekening van de brief, waarbij u de polis is toegezonden, in ons bezit zijn.

2 Duur van de verzekering

De verzekering is aangegaan voor de op het polisblad omschreven periode en wordt daarna stilzwijgend van jaar tot jaar verlengd.

3 Einde van de verzekering

De verzekering eindigt:

- 1 door schriftelijke opzegging door de verzekeringnemer:
 - a op de wijze zoals vermeld in artikel 11.2 van de algemene voorwaarden;
 - b tegen het einde van de verzekeringsovereenkomst, met inachtneming van een opzegtermijn van twee maanden.
- 2 door overlijden van de verzekeringnemer en/of de verzekerde.
- 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 misdadingen (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.
- 4 voor verzekerden woonachtig in Nederland met ingang van de eerste dag van de maand waarin de 65-jarige leeftijd wordt bereikt. Aansluitend vindt verzekering plaats volgens de regels van de standaardpakketpolis (SPP) met inachtneming van de op grond van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz) voor die verzekering geldende regels, premie en voorwaarden.
- 5 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.

- 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.

Artikel 7

Voortzetting van de verzekering

1 Zelfstandige voortzetting

Als een op de polis meeverzekerd kind

a de 18-jarige leeftijd bereikt en er geen aanspraak bestaat op:

- kinderbijslag, of
- een toelage krachtens de Wet studiefinanciering 2000, of
- buitengewone lastenaf trek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge artikel 6.1 en artikel 6.4 van de Wet Inkomstenbelasting 2001, jo. artikel 35 en 36 van de Uitvoeringsregeling inkomstenbelasting 2001, of

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

1 Collectieve voortzetting

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 de datum van (pré)pensionering of overlijden is ingediend.

2 Individuele voortzetting

Als de collectieve verzekering eindigt wegens:

- beëindiging van het dienstverband, waarbij de verzekerde een nieuwe betrekking bij een in Nederland gevestigde werkgever aanvaardt;
- arbeidsongeschiktheid;
- onvrijwillige werkloosheid;

kan de verzekeringnemer / verzekerde zichzelf en zijn gezin aansluitend op individuele basis verzekeren. Een dergelijke voortzetting geschiedt voor wat betreft de particuliere hoofdverzekering tenminste op basis van de voorwaarden van de standaardpakketpolis die op dat moment gelden. Er is dan een premie van toepassing die overeenkomt met de premie die op dat moment geldt voor de Delta Lloyd Ziektekostenverzekering Start.

De bijbehorende premie is gebaseerd op een eigen risicobedrag dat het meest overeenkomt met het eigen risicobedrag dat op de standaardpakketpolis van toepassing is.

De aanvraag hiervoor moet schriftelijk, binnen 30 dagen nadat het dienstverband eindigt, bij de verzekeraar worden ingediend. Deze regeling vervalt als de verzekerde bij een nieuwe werkgever kan toetreden tot een collectieve ziektekostenverzekering.

Artikel 8

Begin en einde van de vergoedingen

- 1 a De verzekeringnemer heeft recht op vergoeding van de kosten, voor zover gemaakt tijdens de periode dat de verzekering van kracht is. Bepalend daarvoor is de datum van medische behandeling, verpleging of onderzoek.
- b In afwijking van het onder 8.1a 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.
- 2 De vergoeding geschiedt aan de verzekeringnemer tenzij tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder is overeengekomen dat de kosten rechtstreeks bij de verzekeraar worden gedeclareerd en door de verzekeraar rechtstreeks aan hem worden betaald. Als op de verleende vergoeding een (gedeeltelijk) eigen risico verschuldigd was, wordt dit achteraf door of namens de verzekeraar bij de verzekeringnemer in rekening gebracht.
- 3 Iedere aanspraak op vergoeding van kosten vervalt als door of namens de verzekeringnemer of door de verzekerde over de 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 verzekerde

De verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht:

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

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

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

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

Artikel 10

Premie en eigen risico

1 Premiebetaling

De premies, de wettelijk verschuldigde bijdragen en assurantiebelasting zijn hoofdelijk door de verzekeringnemer en de verzekerden verschuldigd bij vooruitbetaling. Maandelijkse premiebetaling is slechts mogelijk door middel van automatische incasso op basis van een machtiging ten behoeve van de verzekeraar. Het is niet toegestaan om de premie, de wettelijk verschuldigde bijdragen en de assurantiebelasting te verrekenen met een van de verzekeraar te vorderen vergoeding.

2 Premie kinderen

Per verzekerd gezin is voor maximaal twee kinderen beneden de leeftijd van 18 jaar premie verschuldigd. Deze premiekorting vervalt met ingang van de eerste dag van de maand waarin het kind 18 jaar wordt. Premiekorting wordt verleend voor kinderen van 18 tot 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.

3 Schorsing

De premie, de wettelijk verschuldigde bijdragen, de assurantiebelasting, de kosten en een door de verzekeringnemer / verzekerde aan de verzekeraar te voldoen eigen risico, als bedoeld in artikel 9.5, moeten uiterlijk op de vervaldag zijn voldaan. Vanaf het tijdstip dat de verzekeringnemer/verzekerde in gebreke is met betaling van deze bedragen wordt de dekking opgeschort vanaf de eerste dag dat de betaling verschuldigd is. De verzekeraar is gerechtigd daarbij administratiekosten in rekening te brengen. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie, de wettelijk verschuldigde bijdragen, de 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 aan de voet is de (gezins)situatie bij aanvang van de verzekering of de (gezins)situatie per 1 januari van enig jaar bepalend.
- 2 Beëindiging of wijziging van een gekozen eigen risico aan de voet vindt uitsluitend plaats bij aanvang van een verzekeringsjaar. Op het polisblad staat het gekozen eigen risico bedrag aan de voet vermeld.
- 3 Bij aanvang van de verzekering of bij overgang naar een andere verzekeringsvorm in de loop van een verzekeringsjaar wordt een gekozen eigen risico naar evenredigheid van het aantal verstreken maanden vastgesteld. Bij tussentijdse beëindiging van de verzekering, zoals bedoeld in artikel 6.3 met uitzondering van artikel 6.3.3, wordt op verzoek van de verzekerde het reeds ingehouden eigen risico verrekend. Dit naar evenredigheid van het aantal verstreken maanden, met inbegrip van de maand van beëindiging. Het te verrekenen bedrag moet minimaal € 22,00 bedragen. Bij omzetting van de verzekering in sluimerdekking blijft het eigen risico ongewijzigd van kracht. Een verzoek tot herberekening van het verschuldigde eigen risico of verrekening van het reeds ingehouden eigen risico moet bij de verzekeraar worden ingediend. Voorwaarde is dat dit verzoek binnen zes maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de wijziging in de verzekeringssituatie zich heeft voorgedaan, is ingediend.

- 4 Voor het bereiken van het bedrag van het eigen risico aan de voet tellen uitsluitend de kosten mee die op grond van de polisvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen. Deze kosten tellen daarnaast ook mee voor het bereiken van een maximumvergoeding als dit voor een onderdeel van de dekking van toepassing is.
- 5 Als een ziekenhuisopname niet eindigt in het verzekeringsjaar waarin deze is begonnen, wordt op de kostenvergoeding voor deze opname alleen het openstaande eigen risico van het jaar waarin de opnamedatum ligt op de kostenvergoeding in mindering gebracht.
- 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.

- 5 Terugbetaling van premie Terugbetaling van premie vindt slechts plaats bij beëindiging van de verzekering op grond van de artikelen 6.3.1, 6.3.2, 6.3.4, 6.3.5 en 6.3.6 over de nog niet verstreken periode van de lopende verzekeringstermijn waarover premie is betaald.

Artikel 11

Wijziging van premie en/of voorwaarden

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

Artikel 12

Algemene bepalingen

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

Artikel 13

Belangrijke aanwijzingen

- 1 Afhandeling van nota's Een vlotte afhandeling van nota's wordt bereikt door het volledig ingevulde declaratieformulier samen met de originele nota's en de eventueel benodigde medische verklaring(en) in te sturen. Wanneer gebruik wordt gemaakt van de daarvoor bestemde envelop, versnelt dit de afhandeling van de declaratie. Na afhandeling van de nota's wordt met de afrekenspecificatie een nieuw declaratieformulier toegezonden. Op deze specificatie is het telefoonnummer vermeld van degene die telefonisch nadere inlichtingen kan verstrekken. Met het formulier kunnen niet meer dan acht nota's tegelijk worden ingezonden. Mochten er meer nota's zijn, dan kunnen deze worden ingediend na ontvangst van het nieuwe declaratieformulier.

Clearing House Apothekers (CHA)

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

Nota specificatie

Op de nota's moet onder andere worden vermeld:

- a de data van de consulten en/of behandelingen;
- b de geboortedatum, voorletters en geslacht van degene aan wie de hulp is verleend;
- c welke vorm van hulp is verleend;
- d de UPT-code's in geval van tandheelkundige hulp;
- e de naam en de betaalgegevens van de zorgaanbieder.

- 2 Ingezonden nota's Nota's op basis waarvan gehele of gedeeltelijke vergoeding is verleend, worden niet teruggezonden. Evenmin worden nota's geretourneerd op basis waarvan geen uitkering plaatsvindt, omdat de kosten op een openstaand eigen risico in mindering zijn gebracht. Wij adviseren daarom kopieën van de nota's te maken.
- 3 Buitenlandschade In geval van een medisch noodzakelijke ziekenhuisopname tijdens een verblijf in het buitenland moet contact opgenomen worden met de Delta Lloyd Hulpdienst. Op verzoek wordt een garantieverklaring aan het ziekenhuis gezonden.
- 4 Hulp bij het verhalen van persoonlijke schade Indien ten gevolge van een ongeval persoonlijke schade wordt geleden (bijvoorbeeld eigen risico, kleding- of inkomensschade) waarvoor een derde aansprakelijk kan worden gesteld of indien er recht bestaat op smartengeld, kan door ons, bij het verhalen van de schade op de aansprakelijke derde, veelal hulp worden verleend. Als op het declaratieformulier wordt aangegeven dat de gedeclareerde kosten het gevolg zijn van een ongeval, wordt geïnformeerd naar de toedracht van het ongeval. Op verzoek wordt nadere informatie verstrekt over de mogelijkheden van de genoemde dienstverlening. Voorwaarde is dat de ziektekosten, die het gevolg zijn van het ongeval, voor vergoeding ingevolge de verzekering in aanmerking komen.

5 Vragen en/of opmerkingen

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

Als geen overeenstemming wordt bereikt, kunt u zich wenden tot de Stichting Klachten-instituut 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 verzekering

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.
- 2 Als de verzekering is aangegaan op basis van verpleegklasse 2B en opname plaatsvindt in een ziekenhuis in Nederland waarin slechts één ongedeelde tweede klasse aanwezig is, zal de verzekering worden geacht te gelden voor die tweede klasse.
- 3 Als opname geschiedt in een ziekenhuis waarin geen tweede klasse aanwezig of beschikbaar is, wordt het verzekerde bedrag per opnamedag uitbetaald. 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.
- 2 De verzekering kan worden aangegaan voor personen vanaf de leeftijd van 18 jaar.
- 3 De verzekeraar kan verzoeken om een recente gebitsstatus. Bij aanvaarding van de verzekering komen de kosten van de status tot maximaal het geldende CTG-tarief voor rekening van de verzekeraar.
- 4 Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van:
 - het opvullen van aanwezige diastemen (ontbrekende elementen) die ten tijde van de aanvraag tot verzekering aanwezig zijn;
 - het plaatsen van kronen op gebitselementen die ten tijde van de aanvraag van de verzekering waren voorzien van een wortelkanaalbehandeling, tenzij reeds een kroon op het betreffende element aanwezig was;
 - behandelingen die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd dan wel tandheelkundig ondoelmatig zijn;
 - orthodontie.

2 Dekking

- 1 Dekking wordt verleend:
 - a in Nederland op basis van het door of namens de verzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien geen tarief is overeengekomen vergoedt de verzekeraar genoemde kosten op basis van het in dat geval door het College Tarieven Gezondheids-zorg (CTG) krachtens de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) vastgestelde rechtsgeldige tarief (UPT), tenzij anders aangegeven.
 - b voor de kosten van tandheelkundige hulp door een tandarts in België of Duitsland tot ten hoogste het rechtsgeldige tarief voor tandartsen in Nederland.
- 2 Volledige vergoeding tot maximaal het op het polisblad vermelde bedrag per verzekerde per verzekeringsjaar wordt verleend:
 - a exclusief techniekkosten (indien dit is vermeld op het polisblad):
 - voor de kosten van behandeling door
 - een tandarts en/of
 - een mondhygiënist
 - met uitzondering van techniekkosten.
 - b inclusief techniekkosten (indien dit is vermeld op het polisblad):
 - voor de kosten van behandeling door
 - een tandarts en/of
 - een mondhygiënist
 - inclusief de techniekkosten van behandelingen door een tandarts of een tandprotheticus, in rekening gebracht door een tandarts of een tandprotheticus op basis van de tarieven die het Nederlands Tandtechnisch Genootschap (NTG), de Vereniging van Laboratoriumhoudende Tandtechnici (VLHT) en de Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT) aan hun leden adviseren.

Begripsomschrijvingen (in alfabetische volgorde)

NB Afhankelijk van de door u gekozen dekking is het mogelijk dat u in dit artikel begrippen aantreft die in de dekkingsvoorwaarden niet voorkomen.

- | | | |
|----|---|---|
| 1 | (Ernstige) acné | Een zodanige vorm van acné dat medische behandeling nodig is. |
| 2 | Adviserend tandarts | De tandarts die de verzekeraar in tandheelkundige aangelegenheden adviseert. |
| 3 | Audiologische zorg | Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, de voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding. |
| 4 | AWBZ | De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) heeft tot doel de gehele Nederlandse bevolking te verzekeren tegen het risico van bijzondere ziektekosten. Deze zorg wordt niet uit de particuliere ziektekostenverzekering vergoed. |
| 5 | Bijkomende kosten | De medische kosten die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens een specialistische behandeling, zoals kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, pacemakers, bestralingen, narcose en gebruik operatiekamer of polikliniek, die door de instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht. |
| 6 | Buitenland | Ieder ander land dan het land van vestiging. |
| 7 | C.P.M. (Continuous Passive Motion)-apparatuur | Apparatuur (motorslede) ten behoeve van het continu passief bewegen van gewrichten na operatieve ingrepen. |
| 8 | CTG | College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting. |
| 9 | 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. |
| 10 | 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 |
| 11 | Dienstenstructuur | Een in Nederland gevestigde instelling waar integrale huisartsenhulp wordt verleend gedurende avond, nacht, weekend en feestdagen, die als zodanig erkend is door de bevoegde overheidsinstantie. |
| 12 | 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. |
| 13 | Eigen bijdrage | De bijdrage in de kosten van verstrekkingen die de verzekerde verschuldigd is op grond van de AWBZ, de Ziekenfondswet of de daarop gebaseerde wet- en regelgeving. |
| 14 | Epilatie | Het verwijderen van overvloedige beharing. |
| 15 | (Centrum voor) erfelijkheidsonderzoek | Onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboom-, chromosoom-, ultrageluid- en/of 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 op grond van artikel 2 van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen toestemming heeft voor het toepassen van klinisch-genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering. |
| 16 | Ergotherapeut | Een in Nederland gevestigde ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut. |
| 17 | Farmaceutische hulp | De regeling Farmaceutische hulp omvat: <ul style="list-style-type: none">– 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 voedingsmiddelen 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. |
| 18 | Flebologie | Medische behandeling van aandoeningen aan de aderen, waaronder spataderen. |
| 19 | Fysiotherapeut | Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnastmasseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG. |
| 20 | Gezin | Twee gehuwden dan wel twee personen die buiten de echt duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijk huishouden hebben, waarbij de duurzaamheid van samenwoning ter beoordeling is aan de verzekeraar, dan wel één verzorgende ouder, alsmede de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 27 jaar. |

	Voor de kinderen moet aanspraak bestaan op: – kinderbijslag, of – buitengewone lastenaf trek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge de Uitvoeringsregeling inkomstenbelasting 2001, of – een toelage ingevolge de Wet studiefinanciering 2000.
21 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.
22 Homeopatische en antroposofische geneesmiddelen	Middelen die voldoen aan het Besluit homeopatische farmaceutische producten en geregistreerd zijn als homeopatisch en/of antroposofisch geneesmiddel.
23 Hoofdverzekerde	Degene die op grond van de Ziekenfondswet als hoofdverzekerde is ingeschreven.
24 Hoofdverzekering	De verzekering op grond van de Ziekenfondswet gesloten bij Delta Lloyd Ziekenfonds, de standaard(pakket)polis (SPP) dan wel een basisziektekostenverzekering gesloten bij Delta Lloyd Zorg.
25 Huidtherapeut	Een daartoe op HBO-niveau opgeleide beroepsbeoefenaar, werkzaam binnen de eerste- en/of tweedelijnsgezondheidszorg, die patiënten met een zieke of beschadigde huid behandelt.
26 Hulpmiddelen	De medische middelen die in de regeling Hulpmiddelen, zoals door de verzekeraar vastgesteld, zijn opgenomen.
27 Huisarts	Een in Nederland gevestigde arts, die als huisarts is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent.
28 Kaakchirurg	Een in Nederland gevestigde tandartsspecialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
29 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.
30 Kuuroord	Een instelling waarbinnen een gestructureerd kuurprogramma onder (para)medische begeleiding wordt geboden.
31 Laboratoriumonderzoek	Onderzoek in een in Nederland gelegen laboratorium dat door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig is erkend.
32 Lymfapress	Apparatuur te gebruiken in de thuissituatie, ter bevordering van het afvoeren van overtollig lymfevocht uit de weefsels na operatieve ingrepen.
33 Medisch adviseur	De arts die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.
34 Medisch hulpverlener	Een in Nederland gevestigd arts, diëtist, ergotherapeut, fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck, manueel therapeut, huisarts, kaakchirurg, medisch specialist, logopedist, orthodontist, tandarts of verloskundige die voldoet aan de eisen als bedoeld in de toepasselijke wet- en regelgeving.
35 Medische indicatie	De indicatie voor verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende, medisch-wetenschappelijke overwegingen.
36 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.
37 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.
38 Mondhygiënist	Een in Nederland gevestigde mondhygiënist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthodontist en podotherapeut.
39 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.
40 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.
41 Orthodontist	Een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
42 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.

43 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.
44 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.
45 Resocialisatie	Verblijf buiten het ziekenhuis in de eigen (huiselijke) omgeving, deel uitmakend van de behandeling ter voorbereiding op een naderend ontslag uit het ziekenhuis.
46 Revalidatie behandelingen	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.
47 Tandarts	Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.
48 (Centrum voor) Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen	Tandheelkundige hulp in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel aangeboren of verworven afwijking, heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. De behandeling dient plaats te vinden in een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig erkend of voorlopig erkend universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor bijzondere tandheelkunde, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.
49 Tandprotheticus	Een in Nederland gevestigde tandprotheticus, die is opgeleid conform het Besluit opleidings-eisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.
50 Terrorisme	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 aanneemelijk 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.
51 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.
52 Verzekeraar	Delta Lloyd Zorgverzekering NV.
53 Verzekerde	Degene voor wie de verzekeringsovereenkomst is aangegaan en die als zodanig in de administratie van de verzekeraar is geregistreerd.
54 Verzekeringnemer	Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.
55 Verzekeringsjaar	De periode, zoals omschreven op het polisblad. Indien op het polisblad geen periode vermeld is wordt het verzekeringsjaar geacht gelijk te zijn aan het kalenderjaar.
56 Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
57 WTG	Wet tarieven gezondheidszorg, tevens omvattende de WTG ExPres.
58 Zelfstandig behandelcentrum	Een in Nederland gevestigde instelling waarin met name niet-klinische specialistische zorg wordt verleend en die als zodanig is erkend door de bevoegde overheidsinstantie.
59 Ziekenhuis	Een in Nederland gelegen instelling voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis, revalidatie-inrichting, sanatorium of kraamcentrum is erkend door de bevoegde overheidsinstantie. Hiermee gelijkgesteld is het Nederlands Astma Centrum te Davos.
60 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.
61 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.
62 Zorgaanbieder	Een in Nederland gevestigde hulpverlener of hulpverlenende instantie die zorg biedt zoals omschreven in de dekking.
63 Zorghotel	Een door de verzekeraar als zodanig erkende in Nederland gelegen instelling die hulp biedt aan personen die na een ziekenhuisopname tijdelijke voortzetting van opvang, begeleiding en/of verpleging nodig hebben.