



Inhoudsopgave

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



Artikel 1	Begripsomschrijvingen (in alfabetische volgorde)
	NB Afhankelijk van de door u gekozen dekking is het mogelijk dat u in dit artikel begrippen aantreft die in de dekkingsvoorwaarden niet voorkomen.
1 (Ernstige) acné	Een zodanige vorm van acné dat medische behandeling nodig is.
2 Adviserend tandarts	De tandarts die de verzekeraar in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.
3 Audiologische zorg	Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen 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 de specialistische behandeling (zoals kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, pacemakers, bestralingen, narcose en gebruik operatiekamer of polikliniek).
6 Buitenland	Ieder ander land dan het land van vestiging.
7 C.P.M. (Continuous Passive Motion)-apparatuur	Apparatuur (motorslede) ten behoeve van het continu passief bewegen van gewrichten na operatieve ingrepen.
8 Dagverpleging	Korter dan 24 uur durende (zogenaamde poliklinische) bedverpleging in een ziekenhuis waarvan de noodzaak te voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist.
9 Dienstenstructuur	Een in Nederland gevestigde instelling waar integrale huisartsenhulp wordt verleend gedurende avond, nacht, weekend en feestdagen en als zodanig erkend door de bevoegde overheidsinstantie
10 Eerstelijns psychologische hulp	Kortdurende psychologische hulp te verlenen door een vrijgevestigde psycholoog die een samenwerkingsverband heeft met een of meer huisartsen.
11 Eigen bijdrage	De bijdrage in kosten van verstrekkingen die de verzekerde verschuldigd is op grond van de AWBZ, de Ziekenfondswet of de daarop gebaseerde regelgeving.
12 Epilatie	Het verwijderen van overmatige beharing.
13 (Centrum voor) erfelijkheidsonderzoek	Onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboom-, chromosoom-, ultrageluid- en DNA-onderzoek, biochemische diagnostiek, erfelijkheidsadviesing en de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding. Het onderzoek dient plaats te vinden in een in Nederland gelegen instelling die is toegelaten op grond van artikel 2 van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen voor het toepassen van klinisch-genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.
14 Farmaceutische zorg	Farmaceutische zorg omvat: – geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelen-voorziening (WOG) mogen worden afgeleverd. – andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de WOG mogen worden afgeleverd. – bloedproducten en uit bloed bereide producten als bedoeld in de Wet inzake bloedvoorziening. – polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. Deze preparaten zijn kunstmatig bereide voedingen waarin eiwitten, vetten, suikers, koolhydraten en/of vitaminen zijn opgenomen. De preparaten zijn ontwikkeld voor personen met een ernstige: - slik-; - passage-; - stofwisselingsstoornis; - voedselallergie; - chronisch obstructief longlijden; - cystische fibrose; - aangeboren hartfalen bij kinderen. – verbandmiddelen, voor zover een langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.
15 Flebologie	Medische behandeling van aandoeningen aan de aderen, waaronder spataderen.
16 Gezin	Twee gehuwden dan wel twee personen die buiten de echt duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijk huishouden hebben, waarbij de duurzaamheid van samenwoning ter beoordeling is aan de verzekeraar, dan wel één verzorgende ouder, alsmede de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 27 jaar. Voor die kinderen moet aanspraak bestaan op: – kinderbijslag of – buitengewone lastenaf trek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge de Uitvoeringsregeling inkomstenbelasting 2001 of – een toelage ingevolge de Wet studiefinanciering 2000.
17 Herstellingsoord	Een centrum dat hulp biedt aan personen die na lichamelijke ziekte en/of daaraan verbonden medische behandeling tijdelijke opvang, begeleiding en verpleging nodig hebben gedurende 24 uur per dag.

18	Homeopatische en antroposofische geneesmiddelen	Middelen die voldoen aan het Besluit homeopatische farmaceutische producten en geregistreerd zijn als homeopatisch en/of antroposofisch geneesmiddel.
19	Hoofdverzekerde	Diegene die op grond van de Ziekenfondswet als hoofdverzekerde is ingeschreven.
20	Hoofdverzekering	De verzekering op grond van de Ziekenfondswet, Standaard(pakket)polis (Spp) danwel een Delta Lloyd hoofdziektekostenverzekering.
21	Huidtherapeut	Een daartoe op HBO-niveau opgeleide beroepsbeoefenaar, werkzaam binnen de eerste- en/of tweedelijnsgezondheidszorg, die patiënten met een zieke of beschadigde huid behandelt.
22	Hulpmiddelen	Hulpmiddelen omvatten de medische middelen die in de regeling Hulpmiddelen, zoals door Delta Lloyd vastgesteld, zijn opgenomen.
23	Kraamzorg	De zorg, verleend door een aan een kraamcentrum verbonden (leerling)kraamverzorgster, waarbij deze bij verzekerde thuis verblijft en zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt.
24	Kuuroord	Een instelling waarbinnen een gestructureerd kuurprogramma onder (para)medische begeleiding wordt geboden.
25	Laboratoriumonderzoek	Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium dat door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig is erkend.
26	Lymfapress	Apparatuur te gebruiken in de thuissituatie, ter bevordering van het afvoeren van overtollig lymfevocht uit de weefsels na operatieve ingrepen.
27	Medisch adviseur	De arts die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.
28	Medisch hulpverlener	Een in Nederland gevestigd arts, diëtist, ergotherapeut, fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck, manueel therapeut, huisarts, kaakchirurg, medisch specialist, logopedist, orthodontist, tandarts en verloskundige die voldoet aan de eisen als bedoeld in de toepasselijke wet- en regelgeving.
29	Medische indicatie	De indicatie voor verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende, medisch-wetenschappelijke overwegingen.
30	Medisch-specialistische zorg	Behandeling of onderzoek, volgens hetgeen in de kring van beroepsgenoten gebruikelijk is en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven.
31	Ongeval	Een plotselinge en rechtstreekse inwerking van een van buiten komend geweld, waardoor lichamelijk letsel wordt toegebracht waarvan door de verzekeraar de aard en plaats geneeskundig vast te stellen zijn.
32	Podotherapie	Het met een geneeskundig doel behouden en verbeteren van de functie van de voet door middel van het aan de voet toepassen van correctieve en protectieve technieken, het uitwendig bestrijden van aan de voet aanwezige huidaandoeningen en het voorkomen en bestrijden van nagelafwijkingen, met uitzondering van die behandelingen die ook verricht kunnen worden door een pedicure.
33	Repatriëring	Het medisch noodzakelijk ziekenvervoer vanuit de verblijfplaats in het buitenland naar Nederland, voor zover sprake is van verblijf in het buitenland wegens vakantie, dienstreis of studiedoeleinden.
34	Resocialisatie	Verblijf buiten het ziekenhuis in de eigen (huiselijke) omgeving, deel uitmakend van de behandeling ter voorbereiding op een naderend ontslag uit het ziekenhuis.
35	Revalidatie 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.
36	(Centrum voor) tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen	Tandheelkundige hulp in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel aangeboren of verworven afwijkingen, heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. De behandeling dient plaats te vinden in een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig erkend of voorlopig erkend universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor bijzondere tandheelkunde, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.
37	Verwerking van persoonsgegevens	Elke handeling of elk geheel van handelingen met betrekking tot persoonsgegevens, waaronder in ieder geval het verzamelen, vastleggen, ordenen, bewaren, bijwerken, wijzigen, opvragen, raadplegen, gebruiken, verstrekken door middel van doorzending, verspreiding of enige andere vorm van ter beschikkingstelling, samenbrengen, met elkaar in verband brengen alsmede afschermen, uitwissen of vernietigen van gegevens.
38	Verzekeraar	Delta Lloyd Zorgverzekering NV.
39	Verzekerde	Degene voor wie de verzekeringsovereenkomst is aangegaan en die als zodanig in de administratie van de verzekeraar is geregistreerd.
40	Verzekeringnemer	Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.
41	Verzekeringsjaar	De periode, zoals omschreven op het polisblad.

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

Delta Lloyd Ziektekostenverzekering Start

Artikel 2 Bijzondere voorwaarden

In aanvulling op de ‘Algemene voorwaarden’ geldt:

- 1 Uitsluiting
- Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van psycho-analyse of hulp verleend door een psycholoog en/of psychotherapeut.

Artikel 3 Dekking

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

- 1 Bevalling en kraamzorg
- 1 Bevalling in een ziekenhuis met medische indicatie

a Volledige vergoeding voor de verpleeg- en bijkomende kosten van verzekerde(n) tezamen in de verzekerde klasse.

b Volledige vergoeding voor het honorarium van verloskundige hulp.

c Een vaste vergoeding van € 51,25 per verzekerde voor elke dag die minder in rekening wordt gebracht indien de verzekerde het ziekenhuis verlaat voordat een periode van acht dagen is verstreken. Deze periode gaat in op de dag waarop de bevalling heeft plaatsgevonden.
Bij geboorte van een meeverzekerde meerling geldt een vergoeding van € 51,25 per dag voor alle pasgeborenen tezamen. De vergoeding bedraagt maximaal € 102,50 per dag voor alle verzekerden tezamen.

2 Bevalling in een ziekenhuis zonder medische indicatie, poliklinisch of thuis

a Volledige vergoeding voor het honorarium van verloskundige hulp in rekening gebracht door een specialist, huisarts of verloskundige.

b Volledige vergoeding voor de kosten van gebruik polikliniek.

c Een vaste vergoeding van € 410,00 per verzekerde.
Bij geboorte van een meeverzekerde meerling geldt een vergoeding van € 410,00 voor alle pasgeborenen tezamen. De vergoeding bedraagt maximaal € 820,00 voor alle verzekerden tezamen.

In plaats van een vaste vergoeding kan worden gekozen voor zorg in natura geregeld door Delta Lloyd. 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.

3 Combinatie

Bij een combinatie van hulp genoemd onder artikel 3.1.1 en 3.1.2 vervalt de vaste vergoeding genoemd onder artikel 3.1.2.

4 Kraampakket

Voor een bevalling ontvangt u een kraampakket. Voorwaarde is dat uiterlijk in de vijfde maand van de zwangerschap aanmelding plaatsvindt bij Delta Lloyd. U ontvangt het kraampakket uiterlijk zes weken voor de vermoedelijke bevallingsdatum thuis.
- 2 Buitenland
- 1 Behandeling in het buitenland wegens een onvoorzien ziektegeval

a Vergoeding voor de kosten van spoedeisende medisch noodzakelijke hulp wegens een onvoorzien ziektegeval ontstaan tijdens de eerste 12 maanden van een verblijf in het buitenland voor vakantie, dienstreis of studietoelinden 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.

b In geval van ziekenhuisverpleging worden maximaal 365 verpleegdagen vergoed.
In geval van een acute ziekenhuisopname in het buitenland dient direct contact te worden opgenomen met de Delta Lloyd Hulpdienst. De Delta Lloyd Hulpdienst is dag en nacht bereikbaar, ook in het weekend, onder telefoonnummer + 31-20-69 55 562.

c Ziekenvervoer

Volledige vergoeding voor de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of taxi naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

	2 Behandeling binnen Europa wegens een voorzien ziektegeval Vergoeding voor de kosten van medische hulp binnen Europa tot ten hoogste de in Nederland geldende tarieven. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien: – de hulp ook in Nederland onder de polisdekking valt; – voorafgaande schriftelijke toestemming van de verzekeraar, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld. De in de polisdekking genoemde geldende maximale vergoedingen zijn van toepassing. Geen recht op vergoeding bestaat voor de kosten van vervoer naar, in en van het buitenland. 3 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. 4 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.
3 Dagverpleging in een ziekenhuis	Volledige vergoeding voor: 1 de kosten van het medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis verband houdend met een specialistische behandeling of onderzoek (A 007-tarief); 2 de bijkomende kosten; 3 het honorarium van de specialist.
4 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.
5 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.
6 Ergotherapie	Vergoeding voor de kosten van behandeling door een ergotherapeut tot maximaal 10 uur per verzekeringsjaar. Ergotherapie omvat: advisering, instructie, training 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 plaats vindt; - de nota vergezeld is van dit voorschrift.
7 Farmaceutische hulp	1 Vergoeding voor de kosten van farmaceutische hulp overeenkomstig de regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld en zoals deze thans luidt of in de toekomst komt te luiden, die op voorschrift van een arts, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige is geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts. De regeling maakt deel uit van deze voorwaarden van verzekering en wordt op verzoek kosteloos toegezonden. 2 Per voorschrift worden de geneesmiddelen vergoed voor een periode van maximaal: – 15 dagen, indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft; – drie maanden, indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, waaronder insuline, met uitzondering van hypnotica, anxiolytica of eetlustremmende geneesmiddelen; – 15 dagen, indien het een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica betreft; – een maand in overige gevallen. 3 Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing verklaard. De eigen bijdrage die verschuldigd is boven de in het GVS gemaximeerde vergoeding komt niet voor vergoeding in aanmerking. 4 Dieetpreparaten De kosten van dieetpreparaten worden vergoed overeenkomstig de regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld en zoals deze thans luidt of in de toekomst komt te luiden. De regeling maakt deel uit van deze voorwaarden van verzekering en wordt op verzoek kosteloos toegezonden. Het recht op vergoeding van deze kosten bestaat indien de nota is vergezeld van een verklaring van de behandelende arts, waarin de indicatie wordt vermeld. Uit die indicatie moet blijken dat het gebruik van dieetpreparaten medisch noodzakelijk is. Deze verklaring is nodig bij aanvang van de behandeling. 5 Verbandmiddelen Volledige vergoeding voor de kosten van verbandmiddelen indien er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is. Het recht op vergoeding van deze kosten bestaat indien de nota is vergezeld van een verklaring van de behandelende arts, waarin de indicatie wordt vermeld. Uit die indicatie moet blijken dat het gebruik van verbandmiddelen medisch noodzakelijk is. Deze verklaring is nodig bij aanvang van de behandeling.

8 Fysiotherapie en oefentherapie	1 Vergoeding voor de kosten van maximaal 9 behandelingen per indicatie door een fysiotherapeut of manueel therapeut per verzekeringsjaar. 2 Vergoeding voor de kosten van maximaal 18 behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck/Cesar per indicatie per verzekeringsjaar. 3 Vergoeding voor de kosten van maximaal 18 behandelingen per indicatie per verzekeringsjaar door een kinderfysiotherapeut verleend aan kinderen tot 18 jaar. 4 Vergoeding voor de kosten van behandeling door een kinderfysiotherapeut, fysiotherapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar in verband met een chronische aandoening overeenkomstig de regeling Fysiotherapie zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Hiervoor is vooraf toestemming van de verzekeraar noodzakelijk. De regeling maakt deel uit van deze voorwaarden van verzekering en wordt op verzoek kosteloos toegezonden. Voorwaarde is dat: – de nota is vergezeld van een verklaring van de behandelend arts, waarin de indicatie wordt vermeld; – uit die indicatie moet blijken dat de behandeling medisch noodzakelijk is; – de huisarts of specialist aangeeft welke vorm van therapie geïndiceerd is. 5 Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van o.a.: – zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek; – sportmassage; – arbeids- en bezigheidstherapie en – therapie die alleen gegeven wordt om de lichamelijke conditie door middel van training te bevorderen. Delta Lloyd is graag behulpzaam bij het vinden van een zorgaanbieder.
9 Huisartsenhulp	Volledige vergoeding voor de kosten van huisartsenhulp. Onder huisartsenhulp worden zowel consulten op het spreekuur in de praktijk van een huisarts of dienstenstructuur, als visites van een huisarts ten huize van de verzekerde verstaan. Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van keuringen en visites van een huisarts gemaakt in een ziekenhuis.
10 Hulpmiddelen	1 Vergoeding of verstrekking als hieronder beschreven, vindt plaats overeenkomstig de door Delta Lloyd vastgestelde regeling Hulpmiddelen, zoals deze thans luidt of in de toekomst komt te luiden. De regeling maakt deel uit van deze voorwaarden van verzekering en wordt op verzoek kosteloos toegezonden. 2 Hulpmiddelen in eigendom Vergoeding overeenkomstig de maximumbedragen van de regeling Hulpmiddelen voor de kosten van aanschaf, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen in eenvoudige uitvoering. Het gaat hier om de hieronder genoemde middelen: – allergeenvrije en stofdichte matras-, kussen- en dekbedhoezen (zie ook artikel 3.10.3). – brillenglazen en contactlenzen bij wijziging van de medische indicatie binnen 12 maanden na een eerdere aanschaf. Als indicaties gelden onder andere bepaalde hoornvliesonregelmatigheden en brekingsafwijkingen van meer dan tien dioptrieën (zie ook artikel 3.10.3). – elastische kousen. – fax (zie ook artikel 3.10.3). – gehoorhulpmiddelen. – hulpmiddelen bij diabetes (apparatuur voor het zelf afnemen van bloed en/of testmateriaal). – hulpmiddelen voor mobiliteit (blindentaststok). – injectiespuiten. – orthesen. – pessaria en IUD (koperhoudende spiraaltjes). – prothesen. – pruiken (zie ook artikel 3.10.3). – schoenvoorzieningen. – verzorgingsmiddelen (zie ook artikel 3.10.3). 3 In aanvulling op het in artikel 3.10.2 gestelde, is bij aanschaf van: – allergeenvrije en stofdichte matras-, kussen- en dekbedhoezen; – brillenglazen en/of contactlenzen; – fax; – incontinentiemateriaal voor kinderen jonger dan 12 jaar; – pruiken; vooraf schriftelijke toestemming van de verzekeraar vereist. 4 Het recht op vergoeding van deze hulpmiddelen bestaat indien de nota is vergezeld van een verklaring van de behandelende arts, waarin de indicatie wordt vermeld. Uit die indicatie moet blijken dat het gebruik van het hulpmiddel medisch noodzakelijk is. De hulpmiddelen dienen doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling aan de verzekeraar. 5 Hulpmiddelen in bruikleen Hierbij gaat het om de hieronder genoemde hulpmiddelen: – apparatuur voor positieve uitademingsdruk. – bijzondere optische hulpmiddelen (gezichtshulpmiddelen niet zijnde brillenglazen en/of contactlenzen). – botgroeistimulator. – CPAP. – draagbare uitwendige infuuspompen. – hulpmiddelen voor communicatie. – hulpmiddelen voor het toedienen van voeding. – inrichtingselementen van de woning. – loophulpmiddel. – longvibrator. – soloapparatuur met toebehoren. – tactiel-leesapparatuur. – uitwendige elektrostimulator tegen chronische pijn met toebehoren. – vernevelaar met toebehoren. – zuurstofapparatuur dan wel zuurstofconcentrator met toebehoren. Het recht op verstrekking in bruikleen van deze hulpmiddelen bestaat na bemiddeling door Delta Lloyd.

	6 De kosten van normaal gebruik en onderhoud van hulpmiddelen zijn uitgesloten van vergoeding.
11 Leukemie bij kinderen	Volledige vergoeding voor de kosten van de centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).
12 Logopedische behandeling	Volledige vergoeding voor de kosten van behandelingen door een logopedist die voldoet aan de eisen als bedoeld in het toepasselijke besluit. Het recht op vergoeding van deze kosten bestaat indien de nota is vergezeld van een verklaring van de behandelende arts, waarin de indicatie wordt vermeld. Uit die indicatie moet blijken dat de behandeling medisch noodzakelijk is. Geen vergoeding wordt verleend voor: – behandeling van dyslexie en van – taalontwikkelingsstoornissen als er sprake is van een dialect of anderstaligheid.
13 Medisch-specialistische zorg anders dan in een ziekenhuis	Volledige vergoeding van: – het honorarium van de medisch-specialistische zorg die buiten het ziekenhuis en zonder enige gebruikmaking van ziekenhuisfaciliteiten wordt verleend; – de kosten van laboratoriumonderzoek op voorschrift van de huisarts in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.
14 Nierdialyse	Volledige vergoeding voor de kosten van nierdialyse, zowel in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) als bij de verzekerde thuis. Bij thuisdialyse vindt ook vergoeding plaats voor bepaalde niet-medische kosten overeenkomstig het advies dat door Zorgverzekeraars Nederland is opgesteld, indien en voor zover de verzekeraar op een verzoek daartoe vooraf schriftelijk toestemming heeft verleend, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.
15 Poliklinische medisch-specialistische zorg	Poliklinische medisch-specialistische zorg in een ziekenhuis Volledige vergoeding van: 1 de kosten van medisch specialistische zorg in rekening gebracht door een ziekenhuis; 2 de bijkomende kosten. 3 de kosten van laboratoriumonderzoek op voorschrift van de huisarts in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium. 4 de kosten van audiologische hulp in een - daartoe door de bevoegde overheidsinstantie erkend - audiologisch centrum op voorschrift van een huisarts of specialist.
16 Revalidatie	Volledige vergoeding voor de kosten van: 1 revalidatie behandeluren, mits de nota is vergezeld van het door de specialist opgestelde behandelplan. 2 hartrevalidatie.
17 Sterilisatie en abortus	Volledige vergoeding voor de kosten van sterilisatie en abortus uitgevoerd door een specialist in een ziekenhuis.
18 Tandheelkundige hulp	1 Kaakchirurgische behandeling Volledige vergoeding voor de kosten van behandeling en/of onderzoek door een kaakchirurg, die volgens medische en tandheelkundige normen algemeen aanvaard zijn en behoren tot chirurgische hulp van specialistische aard. 2 Kaakorthopedische behandeling (orthodontie) in bijzondere gevallen Volledige vergoeding voor de kosten van kaakorthopedische behandelingen door een orthodontist op advies van een huisarts of tandarts indien de behandeling een gevolg is van: - a een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnat- en/of palatoschisis). - b een aangeboren afwijking, ontwikkelingsstoornis en/of syndroom in het hoofd/halsgebied. - c condylaire groeistoornissen of zeer ernstige kaakgewrichtsklachten die na voorbehandeling in een centrum voor bijzondere tandheelkunde alleen met behulp van een kaakorthopedische behandeling kunnen worden verholpen. - d een zodanig ernstige orthodontische afwijking dat osteotomie noodzakelijk is om tot een stabiele kaakrelatie te komen. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een behandelplan, tevoren toestemming heeft gegeven 3 Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen Vergoeding van 90% voor de kosten van bijzondere tandheelkunde in geval van een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking die heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Het betreft de volgende afwijkingen: - a het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn. - b een kaakgewrichtsafwijking (cranio-mandibulaire dysfunctie), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts, algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten niet tot het gewenste resultaat heeft geleid - c een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect). - d een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnat- en/of palatoschisis). - e een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorafgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect). - f functieverlies van de speekselklieren, zoals na bestralingen in het hoofd/halsgebied en bij een ernstige vorm van de ziekte van Sjögren, waarbij sprake is van ernstige tandheelkundige consequenties. - g ernstig aangeboren tandafwijkingen, zoals amelogenesis imperfecta, waarbij het aantal aangedane elementen tenminste tien bedraagt. - h het verliezen van een of meerdere voortanden als gevolg van een ongeval voor verzekerden jonger dan 18 jaar. - i het niet aangelegd zijn van meerdere frontelementen waardoor tandvervangende hulp geïndiceerd is voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

- Het recht op vergoeding voor de hulp onder a t/m g bestaat uitsluitend indien:
- de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist en
 - de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een behandelplan, tevoren toestemming heeft gegeven.
- Het recht op vergoeding voor de hulp onder h en i bestaat indien de verzekeraar vooraf schriftelijke toestemming heeft gegeven.
- Er wordt geen toestemming verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.
- 4 Tandheelkundige hulp voor verzekerden jonger dan 18 jaar
 - a Volledige vergoeding voor de kosten van chirurgische hulp van algemene aard.
 - b Volledige vergoeding voor de kosten van röntgendiagnostiek met uitzondering van extra-orale foto's ten behoeve van orthodontie, X23 en X25.
 - c Vergoeding voor de kosten van behandeling door een tandarts, een dienst voor jeugdtandverzorging of een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Het recht op vergoeding bestaat tot een maximum van € 227,- per verzekerde per verzekeringsjaar.
 - 5 Tandheelkundige hulp voor verzekerden vanaf 18 jaar
 - a Volledige vergoeding voor de kosten van een periodiek preventief onderzoek, C11.
 - b Volledige vergoeding voor de kosten van chirurgische hulp van algemene aard.
 - c Volledige vergoeding voor de kosten van röntgendiagnostiek met uitzondering van extra-orale foto's ten behoeve van orthodontie, X23 en X25.
 - 6 Uitneembare volledige gebitsprothese

Vergoeding van 75% voor de kosten, inclusief techniekkosten, van een uitneembare volledige gebitsprothese voor de onder- en/of de bovenkaak vervaardigd door een tandarts of tandprotheticus. Vergoeding van 75% voor de kosten, inclusief techniekkosten, overeenkomstig het CTG-tarief, als de uitneembare volledige gebitsprothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

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

 - uitneembare volledige immediaatprothese voor de onder- en/of bovenkaak;
 - uitneembare volledige vervangingsprothese voor de onder- en/of bovenkaak;
 - uitneembare volledige 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 in aanmerking de:

 - uitneembare volledige vervangingsprothese voor de boven- en/of onderkaak.
 - 7 Volledige vergoeding voor de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige gebitsprothese of een bestaande volledige overkappingsprothese in boven- en/of onderkaak.
 - 8 Tandheelkundige implantaten

Vergoeding voor de kosten van:

 - a 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 behandelplan inhoudende een implantatenformulier inclusief een röntgenfoto van de kaak (OPG), vooraf toestemming heeft verleend.

Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een kaakchirurg, omvat de vergoeding het honorarium van de kaakchirurg (en zonodig de anesthesist) en de bijkomende ziekenhuiskosten. In het geval de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, omvat de vergoeding het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.

 - b 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 de uitneembare volledige gebitsprothese 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.

Per uitneembare volledige overkappingsprothese komt een eigen bijdrage van € 90,- per onder- of bovenkaak voor rekening van verzekerde. Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het bereiken van het bedrag van een eventueel eigen risico aan de voet.

Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.
 - 9 Tandheelkundige uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten

Vergoeding, inclusief techniekkosten, voor de kosten van een uitneembare volledige overkappingsprothese op implantaten, vervaardigd en geplaatst door een tandarts.

Vergoeding, inclusief techniekkosten, overeenkomstig het CTG-tarief, als de prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Per uitneembare volledige overkappingsprothese komt een eigen bijdrage van € 90,- per onder- of bovenkaak voor rekening van verzekerde. Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het bereiken van het bedrag van een eventueel eigen risico aan de voet.
 - 10 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 noodzakelijk is, wordt vergoeding verleend op basis van een goedgekeurd tarief per behandeluur. De aanspraak genoemd onder artikel 3.18.4.c en 3.18.5.a is dan niet van toepassing.

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien geen aanspraak gemaakt kan worden op tandheelkundige hulp vergoed uit de AWBZ.

19 Zelfstandige behandelcentra

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

Delta Lloyd informeert u graag over de centra waarmee overeenkomsten zijn gesloten.

- 1 Volledige vergoeding voor de kosten van verpleging, voor de kosten van klinisch specialistische en/of kaakchirurgische hulp en voor de bijkomende kosten. Vergoeding vindt plaats tot ten hoogste de tarieven voor de verzekerde klasse tot maximaal 365 dagen. Bij opname in het Nederlands Astma Centrum in Davos geldt tevens als voorwaarde dat:
 - volgens de medisch adviseur een optimale behandeling in Nederland niet slaagt;
 - de behandeling in Davos meerwaarde heeft en doelmatig wordt geacht;
 - de verzekeraar voorafgaande schriftelijke toestemming heeft verleend.
- 2 In het geval dat een kind wegens borstvoeding in verband met verpleging van de zieke moeder in een ziekenhuis verblijf moet houden, worden ook de kosten van verpleging van het kind vergoed op basis van het geldende tarief tot het kind de leeftijd van drie maanden heeft bereikt. Voorwaarde is dat moeder en kind op deze polis verzekerd zijn.
- 3 De kosten van transplantatie van de volgende donororganen komen voor vergoeding in aanmerking: long, hart-long, huid, hoornvlies, beenmerg, nier, nier-alvleesklier, lever (orthotoop) en hart, alsmede de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties, gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting. De kosten van transplantaties van andere organen worden niet vergoed. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend mits de behandeling plaatsvindt in een door de bevoegde overheidsinstantie voor deze behandelingen erkende instelling en hiervoor wettelijk goedgekeurde tarieven zijn afgegeven.

- 1 Vergoeding voor de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer in Nederland, indien en voor zover de behandelende arts vervoer per openbaar vervoermiddel om medische redenen onverantwoord acht, naar en van een ziekenhuis of de plaats waar een specialist praktijk uitoefent, overeenkomstig de volgende regeling:
 - a volledige vergoeding voor de kosten van vervoer per ambulance, hulpambulance of rolstoelbus;
 - b vergoeding voor de kosten van vervoer per taxi;
 - c vergoeding voor de kosten van vervoer met de eigen auto, van € 0,19 per kilometer. Voor de kosten genoemd onder b en c geldt een eigen risico van € 45,00 per polis per verzekeringsjaar.
- 2 Geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding voor de kosten van vervoer die verband houden met resocialisatie.

Algemene voorwaarden

Artikel 4

Uitsluitingen en beperkingen

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

Geen vergoeding wordt verleend:

- 1 als de kosten het gevolg zijn van ziekten en/of afwijkingen waarvan het risico, volgens aantekening op de polis, van de verzekering is uitgesloten.
- 2 voor de kosten van:
 - inwendige elektrostimulators en het inbrengen hiervan;
 - het ongedaan maken van een vrijwillig ondergane sterilisatie en de gevolgen hiervan;
 - chelatie- en celtherapie;
 - vormverbeterende behandelingen van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid. Vergoeding wordt wel verleend wanneer er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval, lichamelijke ziekte of van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking;
- 3 als de kosten betrekking hebben op de eigen bijdragen:
 - ingevolge de Ziekenfondswet;
 - ingevolge de AWBZ, tenzij deze worden genoemd in de dekking;
 - van bevolkingsonderzoeken.
- 4 voor de kosten die het gevolg zijn van of verband houden met:
 - atoomkernreacties, tenzij aangewend voor de medische behandeling van de verzekerde;
 - onlusten;
 - oproer;
 - burgeroorlog;
 - oorlog;
 - of daarmee in feite overeenkomende toestanden.
- 5 voor kosten die zijn ontstaan door ziekten of ongevallen en de verzekerde ingevolge een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, een subsidieregeling of -ware de onderhavige verzekeringsovereenkomst niet gesloten - een andere dan deze overeenkomst voor de daaruit voortvloeiende kosten aanspraken kan doen gelden. Deze verzekering geldt slechts als aanvulling boven de dekking die onder een andere verzekering, regeling van overheidswege en/of subsidieregeling is verleend of zou zijn verleend indien de onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan.
- 6 als de verzekeringnemer, een verzekerde of een derde opzettelijk onjuiste gegevens heeft verstrekt.

Artikel 5

Grondslag van de verzekering

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

Artikel 6	Algemeen
	1 Voor gezinnen geldt, dat alle tot het gezin behorende personen op basis van dezelfde voorwaarden van verzekering (polisdekking) bij de verzekeraar moeten worden verzekerd. 2 De verzekerde is vrij in de keuze van apotheek, medisch hulpverlener en instelling, tenzij bemiddeling plaats vindt door Delta Lloyd. 3 De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de verzekeraar gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacyreglement van toepassing dat op verzoek aan de verzekeringnemer wordt toegezonden. 4 Aanspraak op geneeskundige en farmaceutische zorg kan slechts tot gelding worden gebracht voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop naar aard, inhoud en omvang is aangewezen. De omvang van deze hulp wordt bepaald door hetgeen in de kring van de beroepsgenoten gebruikelijk is. 5 Een aanvullende verzekering is slechts mogelijk in combinatie met een hoofdverzekering. De hoofdverzekering moet bij een van de onderdelen van het concern Delta Lloyd of bij NUTS het ziekenfonds voor Delta Lloyd en OHRA afgesloten zijn.

Artikel 7	Duur en voortzetting van de verzekering
1 Aanvang van de verzekering	Met inachtneming van het bepaalde in de overige artikelen, wordt de verzekering van kracht op de ingangsdatum vermeld op het polisblad onderdeel uitmakende van de polis. Voor kinderen, geboren tijdens de duur van de verzekering, is - ongeacht de gezondheids-toestand van het kind - de verzekering onmiddellijk van kracht, mits het kind binnen 30 dagen na de geboorte schriftelijk ter verzekering is aangemeld.
2 Duur van de verzekering	De verzekering is aangegaan voor de op het polisblad omschreven periode en wordt daarna stilziggend van jaar tot jaar verlengd.
3 Einde van de verzekering	De verzekering eindigt: 1 door schriftelijke opzegging door de verzekeringnemer: - a op de wijze zoals vermeld in artikel 11.2 van de algemene voorwaarden; - b tegen het einde van de verzekeringsovereenkomst, met inachtneming van een opzegtermijn van twee maanden. 2 door overlijden van de verzekeringnemer of de verzekerde. 3 door schriftelijke opzegging door de verzekeraar op een door de verzekeraar te bepalen tijdstip in geval van: - a verzwijging of onjuiste opgave als bedoeld in artikel 5.2 van de algemene voorwaarden; - b schorsing als bedoeld in artikel 10.3 van de algemene voorwaarden; - c bedrog. 4 voor verzekerden woonachtig in Nederland met ingang van de eerste dag van de maand waarin de 65-jarige leeftijd wordt bereikt. Aansluitend vindt verzekering plaats volgens de regels van de Spp met inachtneming van de op grond van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz) voor die verzekering geldende regels, premie en voorwaarden. 5 bij permanente vestiging van de verzekerde in het buitenland. 6 met ingang van de dag waarop de verzekeraar, onder overlegging van bewijsstukken de schriftelijke mededeling heeft ontvangen van inschrijving volgens de regels van de Ziekenfondswet of een publiekrechtelijke regeling.
4 Zelfstandige voortzetting	Als een kind de 18-jarige leeftijd bereikt en er geen aanspraak bestaat op: – kinderbijslag of – een toelage krachtens de Wet studiefinanciering 2000 of – buitengewone lastenaf trek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge de Uitvoeringsregeling inkomstenbelasting 2001 of de 27-jarige leeftijd wordt bereikt kan dit kind niet meeverzekerd blijven op de polis van de ouders. Per de eerstvolgende polisvervaldatum vervalt dan het recht op medeverzekering. De verzekering kan aansluitend worden voortgezet op zelfstandige basis, met inachtneming van de daarbij geldende regels, premies en voorwaarden.
5 Voortzetting van collec-tieve verzekeringen	1 Voortzetting van de verzekering door de verzekerde binnen de collectieve verzekerings-overeenkomst, zolang deze van kracht is, is mogelijk in geval van: - a pensionering; - b een daarmee gelijk te stellen regeling zoals een VUT-regeling; - c overlijden van de deelnemer in de collectieve verzekering bij wie men is meeverzekerd. Voorwaarde is dat: – de collectieve contractant hiervoor goedkeuring heeft verleend. – de aanvraag schriftelijk binnen 30 dagen na datum van (pré)pensionering of overlijden is ingediend. 2 Individuele voortzetting Als de collectieve verzekering eindigt wegens: – beëindiging van het dienstverband; – (pré) VUT-regeling; – arbeidsongeschiktheid; – werkloosheid kan de verzekeringnemer zichzelf en zijn gezin aansluitend op individuele basis verzekeren. Dit tenminste op basis van de Spp voorwaarden die op dat moment gelden. Er is dan een premie van toepassing die overeenkomt met de premie die op dat moment geldt voor de Delta Lloyd Ziektekostenverzekering Start. De aanvraag hiervoor moet schriftelijk, binnen 30 dagen nadat het dienstverband eindigt, bij de verzekeraar worden ingediend. Deze regeling vervalt als de verzekerde bij een nieuwe werkgever kan toetreden tot een collectieve ziektekostenverzekering.

6	Sluimerdekking	Voor verzekerden tot de leeftijd van 50 jaar bestaat de mogelijkheid de verzekering te laten sluimeren tegen een gereduceerde premie. Bij het opnieuw doen ingaan van de dekking is dan geen gezondheidsverklaring vereist. Tijdens de sluimerdekking geldt voor de op de polis verzekerde personen geen recht op dekking.
Artikel 8	Begin en einde van de vergoedingen	1 De verzekeringnemer heeft recht op vergoeding van de kosten, voor zover gemaakt tijdens de periode dat de verzekering van kracht is. Bepalend daarvoor is de datum van medische behandeling, verpleging of onderzoek. 2 De vergoeding geschiedt aan de verzekeringnemer tenzij tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder is overeengekomen dat de kosten rechtstreeks bij de verzekeraar worden gedeclareerd en door de verzekeraar rechtstreeks aan hen worden betaald. Als op de verleende vergoeding nog een (gedeeltelijk) eigen risico verschuldigd was, wordt dit achteraf door of namens de verzekeraar in rekening gebracht.
Artikel 9	Verplichtingen van de verzekeringnemer	De verzekeringnemer is verplicht: 1 medewerking te verlenen aan de verzekeraar, diens medisch adviseur of hen die met de controle belast zijn, tot het verkrijgen van alle gewenste informatie. 2 de verzekeraar onmiddellijk in te lichten en alle benodigde gegevens te verstrekken indien de kosten mogelijk te wijten zijn aan schuld van iemand, die daarvoor civielrechtelijk aansprakelijk kan worden gesteld. De verzekeringnemer noch de verzekerde zal onderhandelingen met de tegenpartij of diens verzekeraar mogen voeren met betrekking tot de schade, die door de verzekeraar is of zal worden vergoed. 3 de originele nota's binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij de verzekeraar in te dienen. De nota's dienen zo gespecificeerd te zijn dat zonder verdere navraag daaruit kan worden opgemaakt welke vergoeding de verzekeraar moet verlenen op basis van de omvang van de dekking. Computernota's moeten door de zorgaanbieder gewaarmerkt zijn. 4 bij poliklinische specialistische behandeling een schriftelijke verwijzing van een huisarts of tandarts te overleggen als de verzekeraar hierom vraagt. 5 het door hem verschuldigde eigen risico op het eerste verzoek aan de verzekeraar of een door de verzekeraar aangewezen derde te voldoen. Dit is het geval indien door de verzekeraar rechtstreeks de volledige kosten zijn vergoed aan een zorgaanbieder, terwijl nog een eigen risico van toepassing was. De verzekeraar is gerechtigd bij de inning van de verschuldigde bedragen gebruik te maken van de diensten van derden dan wel de vordering aan die derden in eigendom over te dragen. Een en ander conform de Wet bescherming persoonsgegevens. 6 iedere wijziging in de samenstelling van het gezin en iedere andere verandering die invloed heeft op de rechten en plichten uit deze verzekeringsovereenkomst schriftelijk aan de verzekeraar te melden. Voorwaarde is dat deze melding geschiedt binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan. Zodanige wijzigingen zijn onder meer: – het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enig andere publiekrechtelijke regeling; – verhuizing; – huwelijk; – echtscheiding; – samenwoning; – geboorte; – overlijden; – wijziging van bank- of postbankrekeningnummer. Door het nalaten van het hiervoor bepaalde vervalt het recht op terugvordering van premie, zoals gesteld in artikel 10.5. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt. Bij het niet nakomen van de in artikel 9 genoemde verplichtingen behoeft de verzekeraar geen kosten te vergoeden. Al gedane uitkeringen kunnen door de verzekeraar worden teruggevorderd.
Artikel 10	Premie en eigen risico	1 Premiebetaling De premies, de wettelijk verschuldigde bijdragen en assurantiebelasting zijn hoofdelijk door de verzekeringnemer en de verzekerden verschuldigd bij vooruitbetaling. Maandpremie is slechts mogelijk door middel van automatische incasso op basis van een machtiging ten behoeve van de verzekeraar. Het is niet toegestaan om de premie, de wettelijk verschuldigde bijdragen en de assurantiebelasting te verrekenen met de van de verzekeraar te vorderen vergoeding. 2 Premie kinderen Per verzekerd gezin is voor maximaal twee kinderen beneden de leeftijd van 18 jaar premie verschuldigd. Premiekorting wordt verleend voor kinderen van 18 tot 27 jaar voor wie aanspraak bestaat op kinderbijslag of op een toelage krachtens de Wet studiefinanciering 2000 of op buitengewone lastenaftrek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge de Uitvoeringsregeling inkomstenbelasting 2001, mits behorende tot een gezin waarvan tenminste een van de ouders bij de verzekeraar is verzekerd. Deze premiekorting vervalt met ingang van de eerste dag van de maand waarin het kind 18 jaar respectievelijk 27 jaar wordt. 3 Schorsing De premie, de wettelijk verschuldigde bijdragen, de assurantiebelasting, de kosten en een door de verzekerde aan de verzekeraar te voldoen eigen risico, als bedoeld in artikel 9.1.5, moeten uiterlijk op de vervaldag zijn voldaan. Vanaf het tijdstip dat de verzekeringnemer/verzekerde in gebreke is met betaling van deze bedragen wordt de dekking opgeschort vanaf de eerste dag dat de betaling verschuldigd is. De verzekeraar is gerechtigd daarbij administratiekosten in rekening te brengen.

De verzekeringnemer blijft verplicht de premie, de wettelijk verschuldigde bijdragen, de assurantiebelaasting, het aan de verzekeraar verschuldigde eigen risico en de kosten te voldoen. Indien de verzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer/verzekerde. De dekking wordt weer van kracht vanaf de dag volgend op die, waarop de bedragen door de verzekeraar zijn ontvangen. Voor de ziektekosten, ontstaan in de tijd van opschorting, of voor de ziektekosten waartoe de noodzaak zich heeft geopenbaard in de tijd van opschorting, wordt geen vergoeding verleend. Bij schorsing van de dekking zoals hiervoor bedoeld, heeft de verzekeraar het recht deze schorsing om te zetten in een definitieve beëindiging van de overeenkomst.

4 Eigen risico

- 1 Voor de bepaling van het eigen risico per gezin is de (gezins)situatie bij aanvang van de verzekering of de (gezins)situatie per 1 januari van enig jaar bepalend.
- 2 Beëindiging of wijziging van een gekozen eigen risico aan de voet vindt uitsluitend plaats bij aanvang van een verzekeringsjaar. Op het polisblad staat het gekozen eigen risico bedrag aan de voet vermeld.
- 3 Bij aanvang van de verzekering of bij overgang naar een andere verzekeringsvorm in de loop van een verzekeringsjaar wordt een gekozen eigen risico naar evenredigheid van het aantal verstreken maanden vastgesteld. Bij tussentijdse beëindiging van de verzekering, zoals bedoeld in artikel 7.3 met uitzondering van artikel 7.3.3, wordt op verzoek van de verzekerde het reeds ingehouden eigen risico verrekend. Dit naar evenredigheid van het aantal verstreken maanden, met inbegrip van de maand van beëindiging. Het te verrekenen bedrag moet minimaal € 22,00 bedragen. Bij omzetting van de verzekering in sluimerdekking blijft het eigen risico ongewijzigd van kracht. Een verzoek tot herberekening van het verschuldigde eigen risico of verrekening van het reeds ingehouden eigen risico moet bij de verzekeraar worden ingediend. Voorwaarde is dat dit verzoek binnen zes maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de wijziging in de verzekeringssituatie zich heeft voorgedaan, is ingediend.
- 4 Voor het bereiken van het bedrag van het eigen risico aan de voet tellen uitsluitend de kosten mee die op grond van de polisvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen. Deze kosten tellen daarnaast ook mee voor het bereiken van een maximumvergoeding als dit voor een onderdeel van de dekking van toepassing is.
- 5 Als een ziekenhuisopname niet eindigt in het verzekeringsjaar waarin deze is begonnen, wordt op de kostenvergoeding voor deze opname alleen het nog openstaande eigen risicobedrag van het jaar waarin de opnamedatum ligt op de kostenvergoeding in mindering gebracht.

5 Terugbetaling van premie

Terugbetaling van premie vindt slechts plaats bij beëindiging van de verzekering op grond van de artikelen 7.3.1, 7.3.2, 7.3.4, 7.3.5 en 7.3.6 over de nog niet verstreken periode van de lopende verzekeringstermijn waarover premie is betaald.

Artikel 11

Wijziging van premie en/of voorwaarden

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

Artikel 12

Slotbepaling

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

Artikel 13

Belangrijke aanwijzingen

1 Afhandeling van nota's

Een vlotte afhandeling van nota's wordt bereikt door het declaratieformulier volledig ingevuld met de originele nota's samen met de eventueel benodigde medische verklaring in te sturen. Wanneer gebruik wordt gemaakt van de daarvoor bestemde envelop, versnelt dit de afhandeling van de declaratie. Na afhandeling van de nota's wordt met de 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.

- 1 Clearing House Apothekers (CHA)
Bij nota's voor farmaceutische hulp kan men ook gebruik maken van rechtstreekse afhandeling tussen apotheker en Delta Lloyd Zorgverzekering NV via CHA. Informeer hiernaar bij uw apotheker.
- 2 Nota specificatie
Op de nota's moet onder andere worden vermeld:
 - a de data van de consulten en/of behandelingen;
 - b de geboortedatum, voorletters en geslacht van degene aan wie de hulp is verleend;
 - c welke vorm van hulp is verleend;
 - d UPT-code's in geval van tandheelkundige hulp;
 - e naam en betaalgegevens van de hulpverlener.

2 Ingezonden nota's

Nota's waarop gehele of gedeeltelijke vergoeding is verleend, worden niet teruggezonden. Evenmin worden nota's geretourneerd die, bijvoorbeeld door een eigen risico aan de voet van de verzekering, niet voor vergoeding in aanmerking komen, omdat deze op het openstaande eigen risico in mindering zijn gebracht. Wij adviseren daarom kopieën van de nota's te maken.

3	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	Bedenktijd	Mocht na ontvangst van de polis blijken dat de verzekering toch niet aan de verwachtingen voldoet, dan is de mogelijkheid aanwezig de aangevraagde verzekering alsnog te annuleren. Hiervoor stuurt u ons de polis terug met een verzoek de verzekering te annuleren. Uw verzoek moet binnen 14 dagen na de dagtekening van de brief, waarbij u de polis is toegezonden, in ons bezit zijn.
6	Vragen en/of opmerkingen	Heeft u vragen en/of opmerkingen dan kunt u contact opnemen met Delta Lloyd. Heeft u met Delta Lloyd Zorgverzekering NV een verschil van mening met betrekking tot deze verzekering dan kunt u dat meningsverschil voorleggen. Dan wordt een zelfstandig onderzoek ingesteld, waarna u een reactie ontvangt. Daarnaast kunt u zich wenden tot de Ombudsman Zorgverzekeringen. De adressen van de hiervoor genoemde instanties zijn: – Delta Lloyd Zorgverzekering NV, Postbus 29677, 2502 LR Den Haag – Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag

Aanvullende verzekeringen

Artikel 14

Verzekering ‘Hogere klasseverpleging’

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

Artikel 15

Tanden Gaaf Polis

1	Bijzondere voorwaarden	In aanvulling op de ‘Algemene voorwaarden’ geldt: - De artikelen 6.2, 7.3.4 en 10.2 zijn niet van toepassing. - De artikelen 2 en 3 zijn niet van toepassing. - De verzekering kan worden aangegaan voor personen vanaf de leeftijd van 18 jaar. - 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. - Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van: - het opvullen van aanwezige diastemen (ontbrekende elementen) die ten tijde van de aanvraag tot verzekering aanwezig zijn. - het plaatsen van kronen op gebitselementen die ten tijde van de aanvraag van de verzekering waren voorzien van een wortelkanaalbehandeling, tenzij reeds een kroon op het betreffende element aanwezig was. - behandelingen die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd dan wel tandheelkundig ondoelmatig zijn. - de kosten van het periodiek preventief onderzoek, C11. Onder een preventief consult wordt verstaan: - periodieke controle of C10 - consult inclusief kleine verrichting en/of C20 - eerste bezoek nieuwe patiënt en/of C30 - controle en instructie mondhygiëne M30 of M40. - chirurgische hulp van algemene aard. - röntgendiagnostiek. - orthodontie.
2	Dekking	Dekking wordt verleend, in Nederland, op basis van het door of namens de verzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien geen tarief is overeengekomen vergoedt de verzekeraar genoemde kosten op basis van het in dat geval door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) krachtens de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) vastgestelde rechtsgeldige tarief (UPT), tenzij anders aangegeven. - Exclusief techniekkosten (indien dit vermeld is op het polisblad) - Vergoeding van 80% voor de kosten van behandeling door een tandarts, met uitzondering van de techniekkosten.

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