

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

Verzekerde:

degene die als zodanig op de polis is vermeld.

Ambulance:

een vervoermiddel, bedoeld voor vervoer van zieken en ongevals-slachtoffers, dat is toegelaten krachtens de Wet Ambulancevervoer.

Apotheker:

een in Nederland met toestemming van de Inspectie van de Volksgezondheid vrij gevestigde apotheker.

Arts:

degene die op grond van de Nederlandse Wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst.

Arts voor antroposofie:

een arts die praktizeert als antroposofisch arts en die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Antroposofische artsen.

Arts voor homeopathie:

een arts die praktizeert als arts voor homeopathie en die is aangesloten bij de Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland.

Arts voor Manueel therapie/Manueel geneeskunde/orthomani- pulatie:

een arts, die lid is van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde en geregistreerd staat op de externe ledenlijst.

Arts voor natuurgeneeswijze:

een arts, die praktizeert als arts voor natuurgeneeswijze en die is aangesloten bij de Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuur-geneeswijze.

AWBZ-verzekering:

De ziektekostenverzekering ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Bijkomende kosten:

de medische kosten die rechtstreeks verband houden met een specialistische of kaakchirurgische behandeling en die zijn ontstaan tijdens zo'n behandeling in een ziekenhuis, zoals kosten van röntgenfoto's, bloedtransfusies, laboratoriumkosten, geneesmiddelen, bestralingen, narcose, verbandmiddelen en gebruik van de operatiekamer. De bijkomende kosten moeten in rekening worden gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

Chiropractor:

een in Nederland gevestigde chiropractor, die tevens lid is van de Nederlandse Chiropractoren Associatie.

Dagverpleging:

bedverpleging in een ziekenhuis korter dan 24 uur, voorzienbaar nodig om op dezelfde dag onderzoek of behandeling door een specialist of kaakchirurg te ondergaan.

Farmaceutische hulp:

farmaceutische hulp omvat conform de Regeling Farmaceutische Hulp van Zorgverzekeraars Nederland de aflevering van de volgende geneesmiddelen:

- geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd;
- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd, niet zijnde geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1 van het Besluit homeopathische farmaceutische produkten;
- bloedprodukten, als bedoeld in de Wet inzake Bloedtransfusie;
- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten;
- verbandmiddelen.

Fysiotherapeut:

een in Nederland gevestigde fysiotherapeut als bedoeld in het Fysiotherapeutenbesluit die als zodanig bij de bevoegde overheidsinstantie staat geregistreerd.

Geneesmiddelenvergoedingssysteem:

in het geneesmiddelenvergoedingssysteem, behorende bij de regeling Farmaceutische Hulp van Zorgverzekeraars Nederland zijn maximumprijzen voor geneesmiddelen vastgesteld. De maatschappij vergoedt de kosten slechts tot deze maximumprijs. Wanneer een geneesmiddel duurder is dan de maximumprijs, moet verzekerde het gedeelte boven de maximumprijs zelf betalen.

Gezin:

twee gehuwden of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen, stief-, pleeg-, of adoptiekinderen tot 27 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet op de studiefinanciering of op buitengewone lastenaftrek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge artikel 9 Uitvoeringsregeling Inkomstenbelasting 1990.

Huisarts:

een in Nederland in of nabij de woonplaats van verzekerde gevestigde arts, die staat ingeschreven in het Register van Huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Kaakchirurg:

een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

Kalenderjaar:

Het jaar dat loopt van 1 januari tot en met 31 december.

Kortdurende thuiszorg:

hulp in de woning van verzekerde door een bevoegde overheidsinstantie toegelaten thuiszorgorganisatie. Deze hulp omvat verpleging, eventueel in combinatie met de verzorging, die verband houdt met die aandoening waarvoor opname, behandeling en verblijf in een ziekenhuis is aangewezen.

Logopedist:

een in Nederland gevestigde logopedist als bedoeld in het Logopedistenbesluit, die als zodanig staat geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie.

Medisch adviseur/Adviserend geneeskundige:

de arts die de maatschappij in medische aangelegenheden adviseert.

Medische noodzaak:

de noodzaak voor onderzoek en behandeling volgens algemeen erkende, medisch wetenschappelijke overwegingen.

Oefentherapeut:

een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck als bedoeld in de Besluiten Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

Orthodontist:

een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

Revalidatie:

onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze hulp wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist.

Dit team moet verbonden zijn aan een instelling voor revalidatie, die door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten.

Second opinion:

het oordeel over de gezondheidstoestand van verzekerde door een andere specialist dan de behandelend specialist.

Specialist:

een in Nederland gevestigde arts, die is in geschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Tandarts:

een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig staat geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie.

Verloskundige:

een in Nederland gevestigde verloskundige die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

Ziekenhuis:

een in Nederland gevestigde inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten en het Nederlands Astma Centrum te Davos.

Zorgverlener:

De in Nederland gevestigde natuurlijke persoon of rechtspersoon, die verzekerde de medische zorg verleent.

Artikel 2 Omvang van de dekking

Tenzij het tegendeel blijkt uit de polis, welke met deze voorwaarden een geheel vormt, vergoedt de maatschappij de hierna genoemde medische kosten gemaakt door de verzekerde personen, indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, op basis van het door of namens de maatschappij met de zorgverlener overeengekomen tarief. Indien geen tarief is overeengekomen, vergoedt de maatschappij genoemde kosten op basis van het alsdan rechtsgeldige tarief. Indien en voorzover de maatschappij meer vergoedt dan waartoe bij krachtens het bovenstaande gehouden is, wordt verzekerde geacht aan de maatschappij te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de maatschappij van het door verzekerde aan de zorgverlener teveel betaalde. Voor de bepaling van de hoogte van de uitkering wordt eerst de feitelijke vergoeding vastgesteld en vervolgens het uit te keren bedrag verminderd met het eigen risico. Dit geldt tevens voor de gemaximeerde vergoedingen.

1. Ziekenhuis

De kosten van opnemings langer dan 24 uur in de verzekerde klasse van een ziekenhuis alsmede de kosten van klinische specialistische of kaakchirurgische hulp en de bijkomende kosten, indien en zolang op medische gronden onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een specialist of kaakchirurg noodzakelijk moet zijn.

Garantieverklaring

Vergoeding van deze kosten vindt uitsluitend plaats wanneer door of namens verzekerde vooraf (bij plastische chirurgie tenminste 3 weken) een schriftelijk bericht van opnemings en/of behandeling bij de maatschappij wordt ingediend en wanneer de maatschappij als bewijs van haar goedkeuring aan het ziekenhuis een garantieverklaring verstrekt. Wanneer als gevolg van het spoedeisende karakter van de opnemings het bedoelde bericht van opnemings niet vooraf kan worden ingediend dan is men gehouden dat binnen 48 uur na opnemings te doen. Verzekerde is verplicht de behandelende huisarts of specialist te machtigen de reden van opnemings bekend te maken aan de medisch adviseur. Blijft verzekerde in gebreke, dan is de maatschappij gerechtigd de vergoeding geheel of gedeeltelijk te weigeren.

2. Nederlands Astma Centrum te Davos

De maatschappij vergoedt de kosten van behandeling in het Nederlands Astma Centrum te Davos pas wanneer behandeling in een astmacentrum in Nederland zonder succes heeft plaatsgehad,

de verwijzing in overleg met zo'n centrum tot stand is gekomen en de maatschappij de behandeling in Davos doelmatig acht.

3. Revalidatie-deeltijd- of dagbehandeling

De honorariumkosten en bijkomende kosten bij revalidatie-deeltijd- of dagbehandeling. Verzekerde is verplicht vooraf schriftelijke toestemming aan de maatschappij te vragen. De maatschappij verstrekt als bewijs van haar goedkeuring een garantiebewijs aan het ziekenhuis. De aanvraag voor toestemming dient vergezeld te gaan van een behandelplan. Dit behandelplan dient tenminste te bevatten de aard en complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling betrokken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

4. Hart- en longrevalidatie

De honorariumkosten en bijkomende kosten bij hart- en longrevalidatie in een daarvoor erkende inrichting. De behandelende specialist moet vooraf bij de maatschappij toestemming vragen voor deze revalidatie.

5. Dagverpleging

- De kosten van bedverpleging;
- de honorariumkosten van specialistische of kaakchirurgische hulp;
- de bijkomende kosten.

6. Nierdialyse

De kosten van nierdialyse, zowel in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) als bij verzekerde thuis. Bij thuisdialyse dient vooraf, onder overlegging van een begroting, toestemming aan de maatschappij te worden gevraagd.

Toestemming wordt slechts verleend op voorwaarde dat de voorschriften van het dialysecentrum worden nageleefd. Behoudens de variabele kosten per dialyse worden bij thuisdialyse vergoed:

- de in verband met de nierdialyse thuis aan te brengen bouwkundige voorzieningen aan de woning van verzekerde voorzover niet krachtens andere (wettelijke) regelingen een mogelijkheid tot vergoeding bestaat;
- de kosten van inrichting van de ruimte in de woning van verzekerde tot dialysevertrek. Een en ander volgens de landelijke regeling ziektekostenverzekeraars.

7. Niet-klinische (poliklinische) specialistische hulp

- de honorariumkosten van een specialist of kaakchirurg;
- de bijkomende kosten;
- de kosten van een second opinion.

De maatschappij vergoedt de kosten van de specialist alleen wanneer verzekerde is doorverwezen door een andere arts. Voor de oogarts is geen verwijzing nodig.

8. Hoogleraarspecialist

De kosten van behandeling door een hoogleraar-specialist onder voorwaarde dat verzekerde door een andere specialist naar de hoogleraar moet zijn doorverwezen. Is dit niet het geval dan vergoedt de maatschappij de kosten volgens de tarieven van een specialist-niet-hoogleraar.

9. Kosmetische chirurgie

De kosten van cosmetische behandeling indien er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking. De maatschappij moet vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

De maatschappij vergoedt geen kosten van cosmetische vorm- of aspectverbeterende dan wel vorm- of aspectveranderende behandelingen van het uiterlijk waarbij de aanleiding voortvloeit uit de persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.

10. Fysiotherapie, oefentherapie en logopedie

- De kosten van hulp door een fysiotherapeut, oefentherapeut of logopedist na schriftelijke verwijzing door de huisarts, tandarts of specialist.
- Na 9 zittingen is voor voortgezette behandeling van dezelfde aandoening voorafgaande machtiging van de maatschappij nodig.
- Onder logopedie wordt verstaan de behandeling van stem- en/of spraakstoornissen. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van dyslexie (tenzij sprake is van

logopedische problemen van medische aard) en van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect en anderstaligheid.

- d. Onder fysiotherapie wordt o.a. niet verstaan zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheids-therapie, ergotherapie, kunstzinnige therapie, zwemtherapie en acupunctuur.

11. Alternatieve therapieën

De kosten van behandelingen door een arts voor manuele therapie, manuele geneeskunde, orthomanipulatie en een chiropractor. De maatschappij vergoedt per verzekerde per kalenderjaar de kosten van maximaal 12 zittingen, voor alle therapieën tezamen. De hoogte van de vergoeding bedraagt maximaal € 35,- per zitting.

12. Huisarts en artsen voor alternatieve geneeswijzen

- a. De kosten van hulp verleend door een huisarts.
b. De kosten van röntgen- en laboratoriumonderzoek op aanvraag van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium in Nederland.
c. De kosten van hulp verleend door een arts voor homeopathie, antroposofie, flebologie/proctologie, natuurgeneeswijze, Moermantherapie of acupunctuur. Tevens worden de kosten vergoed van hulp door een acupuncturist, die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur. De hoogte van de vergoeding bedraagt maximaal € 27,50 per behandeling.

13. Farmaceutische hulp

De kosten van farmaceutische hulp overeenkomstig de regeling Farmaceutische Hulp zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. De regeling Farmaceutische Hulp maakt deel uit van deze voorwaarden en ligt bij de maatschappij ter inzage. Een brochure over deze regeling kan bij de maatschappij opgevraagd worden.

- a. De farmaceutische hulp moet zijn voorgeschreven door een arts, tandarts, kaakchirurg of verloskundige en moet zijn geleverd door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudende huisarts.
b. De kosten van voedingsmiddelen worden alleen door de maatschappij vergoed wanneer zij vooraf goedkeuring aan het gebruik heeft verleend.
c. Van geneesmiddelen waarop het Geneesmiddelenvergoedings-systeem van toepassing is, vergoedt de maatschappij slechts de kosten tot de maximumprijs.
d. Verbandmiddelen vergoedt de maatschappij alleen in het geval van een ernstige aandoening waarbij langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

14. Hulpmiddelen

De kosten van:

- a. aanschaf van hulpmiddelen. Hiervoor geldt een eigen bijdrage;
b. hulpmiddelen die de maatschappij u in bruikleen geeft;
c. het wijzigen, vervangen of herstellen van de hulpmiddelen;
d. reserve hulpmiddelen;
overeenkomstig de regeling Hulpmiddelen zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Deze regeling maakt deel uit van deze voorwaarden en ligt bij de maatschappij aangevraagd worden.

De maatschappij moet vooraf toestemming hebben gegeven, waarbij zij beoordeelt of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

De maatschappij kan van verzekerde verlangen dat een waarborgsom gestort wordt voordat een hulpmiddel in bruikleen gegeven wordt.

15. Bevalling

- a. Wanneer verzekerde op medische indicatie in een ziekenhuis wordt opgenomen om te bevallen:

- de verpleeg- en bijkomende kosten van moeder en kind tezamen in de verzekerde klasse tot en met de dag van de bevalling;
- het honorarium voor verloskundige hulp.
- b. Wanneer verzekerde in een ziekenhuis of kraaminrichting wordt opgenomen om te bevallen zonder dat daarvoor een medische noodzaak bestaat:
 - het honorarium voor de verloskundige hulp;
 - de kosten van klinisch gebruik van de verloskamer.
- c. Wanneer verzekerde poliklinisch in een ziekenhuis bevalt:
 - het honorarium voor de verloskundige hulp;
 - de kosten van poliklinische bevalling.
- d. Wanneer verzekerde thuis bevalt:
 - het honorarium voor de verloskundige hulp.

16. Kraamzorg

- a. Wanneer verzekerde in een ziekenhuis of kraaminrichting wordt opgenomen omdat het kraambed aldaar op medische indicatie plaatsvindt: de verpleeg- en bijkomende kosten van moeder en kind tezamen in de verzekerde klasse.
Verlaat de moeder (verzekerde) het ziekenhuis voordat een periode van 8 in rekening gebrachte dagen (met uitzondering van de dag van bevalling) is verstreken, dan ontvangt verzekerde voor elke minder in rekening gebrachte dag een uitkering van € 114,-.
b. Wanneer het kraambed in een ziekenhuis of kraaminrichting plaatsvindt zonder dat daarvoor een medische indicatie bestaat of wanneer het kraambed thuis plaatsvindt, ontvangt verzekerde van de maatschappij een uitkering van € 908,-.
c. Kraamzorg in natura
Indien het kraambed geheel of gedeeltelijk thuis plaatsvindt, heeft verzekerde de mogelijkheid om de kraamzorg door de maatschappij te laten regelen. Een informatiefolder over deze kraamservice wordt door de maatschappij op aanvraag toegestuurd. Indien verzekerde voor kraamzorg in natura kiest, verliest zij het recht op een uitkering in geld.

17. Kaakorthopedische behandeling (orthodontie)

- a. De kosten van:
 - kaakorthopedische behandeling door een orthodontist;
 - gebitsregulatie door een orthodontist of tandarts.De hoogte van de vergoeding bedraagt ten hoogste € 1.135,- per verzekerde tijdens de gehele duur van de verzekering.
b. In de volgende gevallen wordt volledige vergoeding verleend van de kosten van kaakorthopedische behandeling door een orthodontist op advies van een huisarts of tandarts:
 - een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip-, kaak- of verhemeltespleet (cheilo-, gnatho- of palatoschisis);
 - een kaakorthopedische afwijking in boven- of onderkaak die uitsluitend door middel van een chirurgische behandeling (osteotomie) gecorrigeerd kan worden en waarbij een kaakorthopedische voor- of nabehandeling noodzakelijk is.

18. Tandheelkundige hulp voor verzekerden jonger dan 20 jaar

- a. De kosten van tandheelkundige behandeling door een tandarts tot 75% van de rechtsgeldige tarieven tot een maximum van € 227,- per verzekerde per kalenderjaar.
b. Indien door een lichamelijke en/of geestelijke handicap een langere dan de normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, is de onder sub a genoemde vergoeding niet van toepassing. Na vooraf verleende toestemming door de maatschappij wordt vergoeding verleend van door een tandarts in rekening gebrachte kosten op basis van 75% van het goedgekeurde tarief per behandelingsuur. Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend voor personen met een lichamelijke en/of geestelijke handicap die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingskrachten de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Het aanvraagformulier voor de machtiging wordt op verzoek door de maatschappij verstrekt.

19. Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

De kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Het betreft de volgende afwijkingen:

- het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste 10 dient te zijn;
- een kaakgewrichtsafwijking (pijndisfunctie-syndroom), 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;
- een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect);
- een lip- of kaak- of verhemeltespleet (cheilo- of gnato- of palato-schisis);
- een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect).

Deze kosten worden vergoed onder de volgende voorwaarden:

- de behandeling moet een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereisen;
 - de maatschappij dient na voorafgaand verzoek vantevoren toestemming hebben gegeven en het behandelingsplan te hebben goedgekeurd.
- Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

20. Tandheelkundige implantaten

Uitsluitend de honorariumkosten van de kaakchirurg voor het inbrengen van tandheelkundige implantaten in de kaak onder de volgende voorwaarden:

- de maatschappij moet verzekerde vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. De behandelende kaakchirurg moet de aanvraag indienen;
- de behandeling moet plaatsvinden in een ziekenhuis;
- er dient sprake te zijn van een tandeloze (edentate) kaak, waarvoor op geen enkele andere wijze meer een goed passende prothese te maken is. De maatschappij beoordeelt of hiervan sprake is.

21. Ziekenvervoer

De kosten van ziekenvervoer per ambulance, taxi, huurauto of eigen auto zowel naar als van:

- een ziekenhuis voor opname, of een kraaminrichting;
- de plaats waar de behandelend specialist praktijk uitoefent;
- een orthopedische instrumentmaker voor het aanpassen van een prothese.

De kosten van vervoer per ambulance worden volledig vergoed. De kosten van vervoer per taxi of rolstoeltaxi, eigen auto of huurauto volledig, waarbij de eerste € 45,- per gezin (€ 22,- per alleenstaande) jaarlijks voor eigen rekening komen. De vergoeding voor het vervoer per eigen auto of huurauto bedraagt € 0,21 per kilometer.

Deze kosten worden vergoed onder de volgende voorwaarden:

- de kosten van ziekenvervoer in Nederland wordt vergoed indien en voor zover het gebruik maken van openbaar vervoer op medische gronden niet mogelijk is;
- het vervoer verband houdt met een geheel of gedeeltelijk door de verzekering gedekt risico;
- de behandeling plaats vindt op de dichtsbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden.

Artikel 3 Bijzondere aanspraken

1. Buitenland

Voor het buitenland gelden de volgende vergoedingen en regels:

- De kosten van medische noodzakelijke spoedeisende hulp, waar ook ter wereld gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf van ten hoogste 12 maanden, met dien verstande dat:

- de medische kosten slechts vergoed worden indien ze in Nederland ook zouden zijn vergoed;
 - wanneer het tijdelijk verblijf in het buitenland mede bedoeld is om daar medisch behandeld te worden, vergoed de maatschappij deze behandeling alleen wanneer zij hiervoor vooraf schriftelijk toestemming heeft gegeven.
- De kosten van opnemings in een ziekenhuis in het buitenland in de verzekerde klasse voorzover de opnemings direct aan de maatschappij is gemeld via Alarmcentrale EuroCross te Noordwijk.
 - Repatriëring/vervoer stoffelijk overschot
 - De kosten van ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig vanuit het buitenland naar de woonplaats in Nederland.
 - De kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland.
- Deze kosten worden alleen vergoed na verleende goedkeuring door de maatschappij via Alarmcentrale EuroCross te Noordwijk. De kosten van vervoer per vliegtuig mogen echter niet hoger zijn dan de kosten van vervoer per ambulance.
- Alarmcentrale EuroCross
 - De kosten van het organiseren van bovengenoemde hulpverlening door Alarmcentrale EuroCross te Noordwijk.
 - De kosten in verband met bemiddeling bij overmaken van benodigd geld.
 - De kosten in verband met het overbrengen van berichten door Alarmcentrale EuroCross te Noordwijk.
 - De kosten van organisatie van het toezenden van medicijnen of hulpmiddelen.
 - De kosten voor telefoon, telegram, enz. gemaakt om contact op te nemen met Alarmcentrale EuroCross te Noordwijk.
 - Alle in Nederland op deze verzekering van toepassing zijnde eigen risico's en maximum bedragen gelden ook in het buitenland.
 - Vergoeding geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel overeenkomstig de bij de Nederlandse banken geldende wisselkoers op de datum waarop de nota is of wordt voldaan.

2. Besmettelijke ziekten

Bij een verblijf in een inrichting bestemd voor de verpleging van lijdende aan infectieziekten genoemd in de Wet Bestrijding Infectieziekten en Opsporing Ziekte-oorzaken kan aanspraak op vergoeding van de bij deze polis verzekerde kosten worden gemaakt.

3. Abortus/sterilisatie

De honorariumkosten van een specialist en de bijkomende kosten. De behandeling moet plaatsvinden in een ziekenhuis.

4. Leukemie bij kinderen

De kosten in rekening gebracht door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen voor de centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten.

5. Orgaantransplantaties

De kosten van transplantatie van de volgende organen en weefsels: huid, hoorvlies, beenmerg, bot, nier, hart, hartlong en lever (orthotoop) komen voor vergoeding in aanmerking indien de behandeling plaatsvindt in een door de bevoegde overheidsinstantie hiertoe erkende instelling voor deze verrichtingen, mits hiervoor officieel goedgekeurde tarieven zijn afgegeven en nadat de maatschappij hiervoor vooraf een machtiging verstrekt heeft.

6. Donor

- De kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor hij is verzekerd.
- De kosten van behandeling van de donor voor ten hoogste 3 maanden na de datum van ontslag uit het ziekenhuis waar de donor werd opgenomen voor selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal mits die behandeling een rechtstreeks en uitsluitend gevolg is van de desbetreffende transplantatie.

7. Eurotransplant

De kosten van weefseltypering in verband met transplantaties met inbegrip van de bijbehorende computerkosten.

8. Erfelijkheidsonderzoek

De kosten van erfelijkheidsonderzoek onder de volgende voorwaarden:

- a. verzekerde moet doorverwezen zijn door de behandelende arts;
- b. de ernst van de (verwachte) aandoening of afwijking alsmede het ontbreken van andere mogelijkheden tot een diagnose te komen moeten dit onderzoek noodzakelijk maken;
- c. het erfelijkheidsonderzoek moet worden gedaan in een in Nederland gelegen instelling die een vergunning heeft op grond van artikel 2 lid a, b van de Wet bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch-genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

9. Audiologische centra

De kosten van hulp in een audiologisch centrum onder de volgende voorwaarden:

- a. verzekerde moet zijn doorverwezen door een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts;
- b. het audiologisch centrum moet door de overheid zijn toegelaten.

10. Stichting Interkuur

Maximaal één keer per kalenderjaar een tegemoetkoming in de kosten van door de Stichting Interkuur te Noordwijk georganiseerde kuurreizen voor patiënten met aandoeningen aan het bewegingsapparaat, zoals de ziekte van Bechterew en reumatoïde artritis. Goedkeuring voor deelname aan een kuurreis is afhankelijk van een beoordeling door de medisch adviseur van Stichting Interkuur. De tegemoetkoming wordt verleend na voorafgaande aanvraag door verzekerde en verleende toestemming door de maatschappij.

11. Psoriasisdagbehandelingscentra

Een tegemoetkoming in de kosten van behandeling van ernstige en uitgebreide vormen van psoriasis:

- in psoriasisdagbehandelingscentra, voor ten hoogste € 27,50 per behandeling tot een maximum van 30 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar, of
 - door middel van UV-B licht behandeling bij verzekerde thuis. Per kalenderjaar worden de kosten van een lichtkuur van ten hoogste 8 weken, tot een maximum van € 817,- per verzekerde vergoed.
- Vergoeding wordt verleend na voorafgaande indicatie door de huidarts over te leggen aan de maatschappij en na vooraf verleende toestemming door de maatschappij.

12. Thuisverpleging in plaats van ziekenhuisverpleging

Ter bekorting of vervanging van een medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis kan, zulks naar het oordeel van de maatschappij, vergoeding worden verleend voor de kosten van verpleging door een gediplomeerd verpleegkundige of een bij een organisatie voor thuisverpleging aangesloten ziekenverzorgende ten huize van verzekerde. Deze kosten worden vergoed voor maximaal 60 dagen per persoon per kalenderjaar gedurende maximaal 8 uur per etmaal. Vergoeding wordt verleend na voorafgaande aanvraag door of namens verzekerde en verleende toestemming door de maatschappij aan welke toestemming nadere voorwaarden worden verbonden. Verzekerde heeft de mogelijkheid om de thuisverpleging door de maatschappij te laten regelen. Informatie over deze service staat in een folder die op aanvraag toegestuurd wordt.

13. In vitro fertilisatie

Na voorafgaande aanvraag en verleende toestemming, ter uitsluitende beoordeling door de maatschappij, wordt vergoeding verleend voor in vitro fertilisatiebehandeling in een vergunninghoudend ziekenhuis. De maatschappij vergoedt voor elke te realiseren zwangerschap de kosten van maximaal 3 in vitro fertilisatiebehandelingen.

14. Preventieve geneeskunde

- a. De kosten van onderzoek of behandeling door de huisarts of specialist:
 - naar baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
 - naar borstkanker;
 - van hart- en bloedvaten (maximaal 1x per 24 maanden).
- b. De kosten van de volgende vaccinaties en geneesmiddelen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte in het kader van een vakantiereis naar het buitenland:
 - Malaria profylaxe;
 - DTP;
 - Gele koorts;
 - Typhus;
 - Cholera;
 - Gamma-globuline.
- c. De maatschappij vergoedt geen kosten van andere onderzoeken en/of behandelingen in verband met de algemene preventie.

Artikel 4 Uitsluitingen

Naast de in de Algemene voorwaarden genoemde uitsluitingen worden de volgende kosten eveneens niet vergoed:

- a. kosten die verband houden met een ziekte of afwijking, die al bestond voor het aangaan van de verzekering en waarmee verzekerde bekend was of waarvan hij toen al klachten onderzond, terwijl hiervan geen melding werd gemaakt op het aanvraagformulier. Het hiervoor bepaalde is eveneens van toepassing bij een uitbreiding van de verzekering of verhoging van de verzekerde klasse op verzoek van verzekeringnemer;
- b. indien, wanneer de in deze voorwaarden bedoelde verzekering niet bestond, verzekerde aanspraak zou kunnen maken op vergoeding van schade respectievelijk kosten op grond van enige andere wet, voorziening, subsidiëring, publiekrechtelijke regeling of overeenkomst, is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig;
- c. de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ);
- d. kosten van celtherapie, chelatietherapie, vaccinaties, keuringen, afgeven van attesten;
- e. kosten van hulp door een specialist, verleend op een gebied dat niet tot zijn specialisme behoort;
- f. kosten van psychiatrische hulp.

Artikel 5 Algemeen

1. Strekking van de verzekering

De op de polis genoemde verzekerden hebben recht op vergoeding van kosten die zijn gemaakt tijdens de duur van de verzekeringsovereenkomst overeenkomstig de in de polis genoemde verzekeringsvormen en ten hoogste tot de bedragen als in deze voorwaarden genoemd.

2. Acceptatie

Om voor acceptatie in aanmerking te komen dienen kandidaat-verzekerden minimaal over een goede gezondheid te beschikken en een domicilie in Nederland te hebben. Geen gezondheidseisen gelden voor tijdens de looptijd van de verzekering geboren of wettig geadopteerde kinderen, mits schriftelijk ter verzekering aangemeld per geboorte c.q. adoptiedatum. De melding van de geboorte c.q. adoptie dient binnen 2 maanden na de geboorte of adoptie te geschieden.

3. Vrije keuze van zorgverleners

Verzekerde is vrij in de keuze van zorgverlener. Alhoewel verzekerde vrij is van de keuze van zorgverlener heeft de maatschappij voor bepaalde medische zorg afgesproken met zorgverleners dat alleen zij verzekerde mogen behandelen. In dat

geval is verzekerde verplicht gebruik te maken van de diensten van deze zorgverleners. Desgevraagd informeert de maatschappij verzekerde over de namen en adressen van deze personen en instanties.

4. Opneming in hogere of lagere klasse

Bij opneming in een hogere klasse wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de verzekerde klasse. Bij opneming in een lagere klasse worden de kosten slechts vergoed tot de tarieven die gelden voor de lagere klasse. Wordt een klasse 2B verzekerde opgenomen in een ziekenhuis met één tweede klasse, dan vindt vergoeding plaats volgens de tarieven van die ene tweede klasse.

5. Eigen risico

Een eigen risico geldt per polis per kalenderjaar. Indien de verzekering ingaat na 1 januari van een kalenderjaar, wordt het eigen risico naar evenredigheid verminderd. Het eigen risico wordt niet verlaagd bij een voortijdig einde van de verzekering. Het eigen risico is alleen van toepassing op de particuliere ziektekostenverzekering en niet op de AWBZ-verzekering.

Wijziging van het eigen risico is slechts mogelijk per 1 januari, nadat vooraf de wens daartoe aan de maatschappij is kenbaar gemaakt. Wijziging van de gezinssamenstelling heeft geen invloed op het eigen risico.

Het eigen risico wordt in mindering gebracht op de uitkering waarop verzekerde recht heeft ingevolge de verzekeringsvoorwaarden. Het eigen risico wordt ook ingehouden op die vergoedingen, waaraan volgens de voorwaarden een maximum is verbonden.

Voor het berekenen van het eigen risicobedrag tellen niet mee uit andere hoofde ontvangen uitkeringen voor kosten, waaraan volgens de voorwaarden een maximum is verbonden.

Het eigen risico zal slechts éénmaal worden ingehouden, wanneer een verzekerde wordt opgenomen in het ziekenhuis na 30 juni van het kalenderjaar, welke opneming eindigt voor 1 juli van het daaropvolgende kalenderjaar.

Artikel 6 Schade

1. Verplichtingen van verzekerde:

- Door of namens verzekerde moet van een opneming tevoren schriftelijk kennis worden gegeven aan de maatschappij op de wijze als omschreven in artikel 2 lid 1 (garantieverklaring).
- Verzekerde zal al het mogelijk doen om ervoor te zorgen dat de maatschappij of haar medisch adviseur alle gewenste inlichtingen krijgt.
- Op straffe van verlies van het recht op vergoeding van kosten die zijn ontstaan door toedoen van een aansprakelijke derde, zal verzekerde al het mogelijke doen om de maatschappij te helpen bij het zoeken van verhaal op deze aansprakelijke derde, waaronder het ondertekenen van een door de maatschappij gevraagde machtiging. Zonder schriftelijke toestemming van de maatschappij mag verzekerde geen regeling (doen) treffen met een aansprakelijke derde of diens verzekeringsmaatschappij.
- Wanneer de belangen van de maatschappij worden geschaad door het niet nakomen van vorengenoemde verplichtingen behoeft de maatschappij geen kosten te vergoeden.

2. Regeling van de uitbetalingen

- Vergoeding vindt alleen plaats na overlegging van de originele nota's, die op zodanige wijze gespecificeerd dienen te zijn dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de maatschappij is gehouden. De nota's moeten zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, worden ingediend. Voor de vaststelling van de vergoeding is de datum waarop de hulp is verleend bepalend. Er is uitsluitend recht op vergoeding van de kosten die zijn gemaakt tijdens de duur van de verzekeringsovereenkomst. Te laat ingediende nota's komen niet meer voor vergoeding in aanmerking. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te worden.
- Voor uitkering worden in aanmerking genomen rekeningen, die door de behandelend arts, tandarts of paramedische kracht op eigen naam zijn uitgeschreven en voorzover de kosten hetgeen wettelijk in rekening gebracht mag worden niet te boven gaan.

- Vergoedingen worden zo spoedig mogelijk doch uiterlijk binnen 2 maanden na ontvangst van de rekeningen uitbetaald.

Artikel 7 Premiebetaling

- Voor verzekerden, die tijdens de duur van deze verzekering de 21e jarige leeftijd bereiken, vervalt van dit tijdstip af de uit hoofde van hun leeftijd toegestane korting op de premie.
- De verzekeringnemer dient de premie, de kosten en de wettelijke bijdragen vooruit te betalen, uiterlijk op de 30e dag nadat deze verschuldigd worden. Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet tijdig betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend met terugwerkende kracht tot de eerste dag van de onbetaald gebleven verzekeringsperiode. Een nadere ingebrekestelling door de maatschappij is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde bedrag alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de maatschappij is ontvangen. Voor de kosten waartoe de noodzaak of de verwachting om die te maken, zich geopenbaard heeft in de tijd dat de verzekering is of was geschorst, is geen vergoeding verschuldigd.
- Bij beëindiging van een verzekering voor één of meer personen zal alleen restitutie plaatsvinden in geval van overlijden, en wel per de eerste van de maand volgend op die in welke verzekerde is overleden.
- Bij tussentijdse beëindiging wegens het aangaan van een verplichte ziekenfondsverzekering wordt restitutie verleend conform het bepaalde in de Ziekenfondswet.

Artikel 8 Wijziging van het risico

1. Tijdig melden

- Door of namens verzekeringnemer dient elke wijziging die van belang is voor de rechten en verplichtingen uit de verzekeringsovereenkomst binnen 2 maanden schriftelijk aan de maatschappij gemeld te worden. Zulke wijzigingen zijn ondermeer:
 - verhuizing;
 - huwelijk, duurzame samenwoning of beëindiging daarvan;
 - geboorte;
 - komst van pleeg- of adoptiekind in gezin;
 - overlijden;
 - het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of andere publiekrechtelijke regeling (schriftelijk onder opgave van het verzekeringsnummer mede te delen);
 - wijziging van post- of bankrekeningnummer.
- Kennisgevingen door de maatschappij aan de verzekeringnemer geschieden aan diens laatst bij de maatschappij bekende adres of aan het adres van de assurantie-adviseur, door wiens bemiddeling deze verzekering loopt.

2. Niet nakoming van meldingsplicht

Als aan de bovengenoemde meldingsplicht niet is voldaan, is er geen recht op uitkering bij uitbreiding van de dekking en evenmin recht op premieruggave.

3. Wijziging verzekering

Wijziging van het eigen risico of van de omvang van de verzekering door verzekeringnemer van een reeds bij de maatschappij lopende verzekering wordt beschouwd als het sluiten van een nieuwe verzekering; derhalve zijn in die gevallen de op de acceptatie betrekking hebbende artikelen ten aanzien van de goede gezondheid, leeftijdsgrenzen en leeftijdstoelagen van toepassing. Beoordeling van de aanvraag geschiedt overeenkomstig de bepalingen van artikel 5.

Artikel 9 Begin, duur en einde van de verzekeringsovereenkomst

- In aanvulling op het bepaalde in de Algemene Voorwaarden eindigt de verzekering tevens:
 - indien verzekerde aangemeld is of zich aangemeld heeft bij een ziekenfonds en toegelaten is tot de ziekenfondsverzekering, tenzij het een aanvullende tweede klasse verzekering betreft. De derde

- klasse verzekering eindigt op de datum van inschrijving in het ziekenfonds mits de maatschappij binnen 60 dagen na berichtgeving van inschrijving in de verplichte verzekering door verzekerde hierover schriftelijk is ingelicht. In de overige gevallen eindigt de derde klasse verzekering op de dag van ontvangst van berichtgeving door verzekerde. Vanaf de dag van inschrijving kunnen geen rechten meer aan de verzekering worden ontleend;
- b. door vestiging in het buitenland, tenzij verzekeringnemer en de maatschappij anders overeenkomen.
 2. In tegenstelling tot het bepaalde in de Algemene Voorwaarden kan de maatschappij deze verzekering niet beëindigen op grond van het schadeverloop.

AWBZ-verzekering

Door het afsluiten van een particuliere verzekering is de verzekerde automatisch AWBZ-verzekerde, tenzij uit het aanvraagformulier blijkt dat verzekerde geen recht op deze AWBZ-verzekering heeft. De polis geldt tevens als bewijs voor inschrijving voor de AWBZ. Tenzij in de AWBZ en de daaruit voortvloeiende regeling anders is bepaald, vergoedt de maatschappij de hierna genoemde kosten.

AWBZ-reglement

Artikel 1 Begripsbepalingen

1. In dit reglement wordt verstaan onder:
 - a. de verzekering:
de in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) geregelde verzekering;
 - b. de verzekerde:
degene die bij de maatschappij als verzekerde overeenkomstig de bepalingen van de AWBZ is ingeschreven;
 - c. de zorgverlener:
de natuurlijke persoon of rechtspersoon die zorg verleent en met wie de maatschappij een overeenkomst als bedoeld in artikel 10, lid 1 AWBZ heeft gesloten;
 - d. het zorgkantoor: de rechtspersoon die namens de zorgverzekeraar belast is met bepaalde uitvoeringstaken betreffende de AWBZ in een regio.
2. Begrippen die voorkomen in de AWBZ en/of de daarop gebaseerde regelgeving, en in dat verband zijn omschreven, hebben bij gebruik in dit reglement dezelfde betekenis, tenzij het tegendeel blijkt.
3. Een verzekerde heeft alleen aanspraken op grond van de verzekering als hij bij de maatschappij is ingeschreven.
4. Voorzover bij of krachtens de AWBZ niet anders is bepaald worden de wederzijdse rechten en verplichtingen van de maatschappij en de verzekerde met betrekking tot de verzekering door dit verzekeringsreglement bepaald.

Artikel 2 Aanmelding en inschrijving

De maatschappij schrijft degene die bij haar is verzekerd in verband met zijn geneeskundige verzorging, in als verzekerde ingevolge de AWBZ. Alvorens tot zodanige inschrijving over te gaan, beoordeelt de maatschappij of degene die zich aanmeldt, verzekerd is op grond van de AWBZ.

Artikel 3 Inschrijvingstermijn en beëindiging van de inschrijving

1. De inschrijving geldt voor één kalenderjaar. Indien de inschrijving anders dan per 1 januari tot stand is gekomen, geldt de eerste inschrijving tot en met 31 december van het volgende kalenderjaar.
2. De inschrijving wordt, na verloop van de in het eerste lid bedoelde termijn, alsmede telkens na verloop van de overeenkomstig dit lid verlengde termijn, telkens met één kalenderjaar verlengd, tenzij uiterlijk 3 maanden vóór de dag waarop die termijn is verstreken, door de maatschappij van de verzekerde een schriftelijk verzoek om beëindiging van de inschrijving is ontvangen.
3. Onverminderd hetgeen dienaangaande in de voorgaande leden van dit artikel, alsmede bij of krachtens de AWBZ is bepaald, beëindigt de maatschappij de inschrijving als verzekerde zonder dat daartoe een opzegging door de maatschappij is vereist:
 - a. met ingang van de dag waarop de verzekerde niet meer aan de vereisten voor inschrijving als verzekerde voldoet;
 - b. terstond, indien de maatschappij gegronde reden heeft om te vermoeden dat de verzekerde niet meer voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving en de verzekerde nalatig is de door de maatschappij gevraagde inlichtingen te verstrekken.
4. Tenzij bij of krachtens de AWBZ anders is bepaald eindigt de verzekering als de verzekerde buiten Nederland gaat wonen, behalve als:
 - de verzekerde wegens in Nederland verrichte arbeid aan de loonbelasting is onderworpen;
 - of als
 - de verzekerde winst uit een binnenlandse onderneming geniet en hij in Nederland arbeid verricht voor die onderneming.
5. Tenzij bij of krachtens de AWBZ anders is bepaald eindigt de verzekering als verzekerde gedurende een aaneengesloten periode van ten minste 3 maanden uitsluitend buiten Nederland arbeid gaat verrichten behalve als de arbeid wordt verricht in dienstbetrekking van een in Nederland gevestigde werkgever.
6. Beëindiging van de inschrijving anders dan op grond van een daartoe strekkend verzoek van de verzekerde, wordt door de maatschappij schriftelijk aan de betrokkene medegedeeld. Beëindiging van de inschrijving op verzoek van de verzekerde wordt door de maatschappij schriftelijk bevestigd.

Artikel 4 Verplichtingen van de verzekerde

De verzekerde, alsmede de gewezen verzekerde, is verplicht:

- a. zo tijdig en volledig mogelijk schriftelijk aan de maatschappij alle inlichtingen te verschaffen die deze behoeft voor een goede uitvoering van de verzekering, en ook overigens de medewerking te verlenen die van een verzekerde mag worden verlangd voor een goede uitvoering van de verzekering, waaronder verhaal van kosten op een schuldige derde;
- b. de verklaringen, hem ingevolge de bij of krachtens de AWBZ gegeven voorschriften verstrekt, zo spoedig mogelijk aan de maatschappij te doen toekomen;
- c. de maatschappij terstond schriftelijk in kennis te stellen van feiten of omstandigheden die tot beëindiging van de inschrijving als verzekerde zouden kunnen leiden.

Artikel 5 Schadevergoeding

De verzekerde is jegens de maatschappij aansprakelijk voor schade die een gevolg is van opzettelijk doen gelden van aanspraken als verzekerde, zonder daartoe gerechtigd te zijn.

Artikel 6 Zorgaanspraken

1. De verzekerde heeft naar aard, inhoud en omvang, en onder de voorwaarden die bij of krachtens de AWBZ en dit reglement zijn gesteld, aanspraak op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in zijn geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. De zorg wordt in beginsel als verstrekking verleend.
2. Tot de in de AWBZ geregelde zorg behoren:
 - a. algemene geneeskundige verzorging:
 - opnemings- en verblijf in een ziekenhuis vanaf de 366e dag;
 - dieetadvisering;
 - b. zorg bestaande uit verzorging of verpleging:
 - opnemings- en verblijf in een verpleeginrichting;
 - opnemings- en verblijf in een inrichting voor lichamelijke gehandicapten;
 - zorg aan bewoners van het Dorp;
 - opnemings- en verblijf in een gezinsvervangend tehuis voor lichamelijke gehandicapten;
 - plaatsing in een dagverblijf voor lichamelijke gehandicapten;
 - dagbehandeling in een verpleeginrichting;
 - thuiszorg (met uitzondering van kortdurende thuiszorg);
 - c. revalidatiezorg in een instelling voor revalidatie na een verblijf van 365 dagen;
 - d. geestelijke gezondheidszorg:
 - psychiatrische zorg door een psychiatrisch ziekenhuis;
 - zorg door een psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis (PAAZ);
 - zorg door of vanwege een regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG);
 - zorg door een regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW);
 - niet-klinische psychiatrische zorg, te verlenen door een psychiater of zenuwarts;
 - zorg door een psychiatrisch polikliniek;
 - psychiatrische deeltijdbehandeling;
 - e. zorg voor zintuiglijk gehandicapten;
 - zorg voor blinden en slechtzienden:
 - in een instelling (gedurende het etmaal of een deel daarvan);
 - in een gezinsvervangend tehuis voor blinden en slechtzienden;
 - zorg voor doven en slechthorenden:
 - in een instelling (gedurende het etmaal of een deel daarvan);
 - in een gezinsvervangend huis voor doven en slechthorenden;
 - f. zorg voor verstandelijk gehandicapten;
 - opnemings- en verblijf in een instelling voor zwakzinnigen;
 - plaatsing in een dagverblijf voor verstandelijk gehandicapten;
 - opnemings- en verblijf in een gezinsvervangend tehuis voor verstandelijk gehandicapten;
 - g. zorg bestaande uit georganiseerde preventie:
 - zorg aan ouder en kind;
 - onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten;
 - vaccinaties;
 - onderzoek naar hepatitis-D virus bij zwangeren;
 - h. andere vormen van zorg waaronder:
 - verblijf in een verzorgingshuis;
 - en
 - zwangerschapsafbreking in een abortuskliniek.
3. Voor het verkrijgen van een verstrekking kan de verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd zijn. Deze bijdrage kan afhankelijk zijn van het inkomen van de verzekerde en zijn echtgenoot.

Artikel 7 Geldend maken van zorgaanspraken

1. De verzekerde die zijn aanspraak op zorg geldend wil maken, wendt zich daartoe, naar zijn keuze, tot een persoon of instelling in of buiten Nederland met wie of waarmee de maatschappij tot dat doel een overeenkomst heeft gesloten.
De maatschappij verschaft op verzoek namen en adressen van personen en instellingen waarmee zodanige overeenkomsten zijn gesloten.
2. Indien de verzekerde zich voor het geldend maken van zijn aanspraak op zorg wenst te wenden tot een persoon of instelling waarmee de maatschappij geen overeenkomst als bedoeld in het

voorgaande lid heeft gesloten, kan de maatschappij daartoe voorafgaand toestemming verlenen, indien dat voor verkrijging van de in artikel 6 bedoelde zorg nodig is.

3. De verzekerde is verplicht om, telkenmale als hij zich bij een persoon of instelling als bedoeld in de voorgaande leden van dit artikel voegt, door middel van een geldig bewijs van inschrijving aan te tonen dat hij bij de maatschappij is ingeschreven.
4. De maatschappij verwijst de verzekerde in voorkomende gevallen naar het zorgkantoor dat de AWBZ namens de maatschappij uitvoert.

Artikel 8 Zorgaanspraken in het buitenland in bijzondere omstandigheden

In die gevallen waarin verzekerde zich wendt tot een persoon of instelling in het buitenland en de maatschappij noch met deze tot dat doel een overeenkomst heeft gesloten, noch tevoren toestemming voor het verkrijgen van de zorg heeft verleend, zijn de voorwaarden zoals bij en krachtens wet bepaald van toepassing.

Artikel 9 Uitsluiting aansprakelijkheid

De maatschappij is jegens de verzekerde of enige derde niet aansprakelijk voor mogelijk door de verzekerde geleden schade als gevolg van een handelen of nalaten van een zorgverlener tot wie de verzekerde zich heeft gewend om zijn aanspraken op grond van de AWBZ geldend te maken.

Artikel 10 Niet geregelde gevallen

In gevallen waarin noch de AWBZ en de daarop gebaseerde regelgeving, noch dit reglement voorziet, beslist de maatschappij.

Artikel 11 Klachten, bezwaar en beroep

1. De maatschappij zal de verzekerde desgevraagd, en voorzover nodig uit eigen beweging, informeren met betrekking tot de bestaande bezwaar- en beroepsmogelijkheden, in het bijzonder betreffende de toepassing van de Algemene Wet Bestuursrecht en de Wet op de Nationale ombudsman.
2. Klachten, voortvloeiend uit de uitvoering van de verzekering op grond van de verzekering en de toepassing van dit verzekeringsreglement, kunnen - nadat zij ter kennis zijn gebracht van de maatschappij, en deze in de gelegenheid is gesteld daarop te reageren - worden voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen.

Artikel 12 Persoonsregistratie

Gegevens die herleidbaar zijn tot een verzekerde worden verwerkt overeenkomstig de eisen van de Wet bescherming persoonsgegevens.

Artikel 13 Wijziging reglement

Dit verzekeringsreglement kan, met inachtneming van de bij of krachtens de AWBZ ter zake gestelde regels, te allen tijde door de maatschappij worden gewijzigd.