

Verzekeringsvoorwaarden ZDL02

Zorg DeLuxe'02

ALGEMENE VOORWAARDEN

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

1. Alternatief genezer

Een in Nederland gevestigde alternatief genezer, op een bepaald gebied algemeen erkend en als zodanig praktiserend en lid van een erkende beroepsvereniging.

2. Audiologische hulp

Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

3. AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

4. Bijkomende kosten

De medische kosten die, naast de verpleegkosten en de kosten van de medisch-specialistische zorg, door de instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht. Deze kosten houden rechtstreeks verband met en zijn gemaakt tijdens een opname in een ziekenhuis, dan wel tijdens niet-klinische medisch-specialistische zorg.

5. CTG

Met inachtneming van hetgeen elders in de voorwaarden is bepaald, worden ten hoogste vergoed de tarieven zoals deze zijn vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) krachtens de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG).

6. Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een universitaire of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

7. Centrum voor erfelijkheidsadvies

Een in Nederland gelegen instelling die conform de bij wet gestelde regels is toegelaten voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

8. Dagverpleging

Korter dan 24 uur durende 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 medisch-specialist.

9. Diagnosebehandelcombinatie (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een zgn. DBC prestatiecode, door het CTG vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische hulp. Dit omvat de zorgvraag, zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag, en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

10. Dienstenstructuur

Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 29c van het Besluit werkingssfeer Wet Tarieven Gezondheidszorg 1992, dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeind huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

11. Ergotherapeut

Een in Nederland gevestigde ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

12. EU- en EER-lidstaat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Cyprus (Grieks), Malta, Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Oostenrijk, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk, Polen en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

13. Farmaceutische hulp

De als zodanig voorgeschreven en de bij Ministeriële Regeling aangewezen onderdelen van farmaceutisch zorg, zoals verwoord in de regeling Farmaceutische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland.

14. Fysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG. De fysiotherapeut voert behandelingen uit zoals omschreven in het fysiotherapeuten besluit.

15. Herstelbevorderend

Het doel van verpleging, onderzoek of behandeling moet herstelbevorderend zijn, volgens een methode die in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is.

16. Huisarts

Een arts die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

17. Hulpmiddelen

De bij Ministeriële Regeling vastgestelde lijst van hulpmiddelen en het daarbij door de maatschappij vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

18. Kaakchirurg

Een tandartsspecialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

19. Kaakchirurgische behandeling

Behandeling of onderzoek volgens medische en tandheelkundige normen, algemeen aanvaard en behorende tot het specialisme waarvoor de kaakchirurg is ingeschreven.

20. Kinderfysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

21. Kraamcentrum

Een conform bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten instelling, alsmede de door de maatschappij als zodanig erkende instelling.

22. Kraamzorg

De zorg verleend door een aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorgster, waarbij deze ten huize van de verzekerde verblijft en zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt.

23. Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat conform bij wet gestelde regels als zodanig is toegelaten.

24. Logopedist

Een in Nederland gevestigde logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

25. Manueel therapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

26. Medisch adviseur

De arts, die de maatschappij in medische aangelegenheden adviseert.

27. Maatschappij

Deze verzekering wordt door Stad Rotterdam Verzekeringen geadmistreerd en is voor rekening en risico van Fortis Ziektekostenverzekeringen N.V..

28. Medisch-specialist

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

29. Medisch-specialistische zorg

Zorg of onderzoek volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is en behorend tot het specialisme waarvoor de medisch-specialist is ingeschreven.

30. Oedeemtherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

31. Oefentherapeut Caesar/oefentherapeut Mensendieck

Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

32. Ongeval

Een gebeurtenis, waarbij de verzekerde een geneeskundig vast te stellen lichamelijke letsel is toegebracht door een plotseling op het lichaam inwerkend van buiten komend geweld.

Als ongeval worden tevens aangemerkt:

- a. acute vergiftiging als gevolg van het ongewild binnenkrijgen van giftige gassen, dampen en vaste en vloeibare vloeistoffen, met uitzondering van vergiftiging door het binnenkrijgen van allergenen of ziektekiemen;
- b. besmetting of vergiftiging als gevolg van een onvrijwillige val in het water of enige andere vloeibare of vaste stof;
- c. bevriezing, verbranding, verdrinking, verstikking en zonnesteek en de lichamelijke gevolgen van elektrische ontlading;
- d. verhongering, verdorsting, uitputting en zonnebrand als gevolg van een geïsoleerd raken bij natuurrampen, instorting of andere catastrofale gebeurtenissen;
- e. plotselinge verstuijing, ontwrichting en spierscheuring, mits aard en plaats van deze letsels geneeskundig zijn vast te stellen;
- f. wondinfectie en bloedvergiftiging, direct verband houdende met een ongevalsletsel;
- g. complicaties en verergeringen van het ongevalsletsel als direct gevolg van eerstehulpverlening of van een door een ongeval noodzakelijk geworden behandeling, mits deze behandeling is verricht door of op voorschrift van een geneeskundige;
- h. geestelijke stoornissen of geestelijke reacties op een ongeval zonder geneeskundig vast te stellen hersenletsel.

Onder ongeval wordt in ieder geval niet verstaan: hernia nuclei pulposi, lendenspit, lumbago en ingewandsbreuk.

33. Opname

Opname 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 onafgebroken behandeling door een medisch-specialist of een kaakchirurg noodzakelijk moet zijn.

34. Orthodontist

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

35. Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verbonden aan een conform de bij wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

36. SOS International

BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International.
Hoogoorddreef 58, 1101 BE Amsterdam
Telefoon (020) 651 51 51, fax (020) 651 51 09.

37. Tandarts

Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.

Verzekeringsvoorwaarden ZDL02

Zorg DeLuxe'02

38. Tandprotheticus

Een in Nederland gevestigd tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

39. Verloskundige

Een in Nederland gevestigde verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

40. Verpleegkundige

Een in Nederland gevestigde verpleegkundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

41. Verzekerde

Ieder die als zodanig op de polis, op het polisaanhangsel is vermeld.

42. Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de maatschappij is aangegaan.

43. Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

44. Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

Een in Nederland gelegen centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

45. Ziekenhuis

Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis, kraaminrichting, revalidatiecentrum of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten, alsmede het Nederlands Astmacentrum te Davos.

In het buitenland wordt daaronder verstaan elke in dat land door de bevoegde overheidsinstantie erkende inrichting waar verpleging, onderzoek en behandeling van zieken plaatsvindt.

46. Ziekenverzorgende

Een in Nederland gevestigde ziekenverzorgende, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

Artikel 2 Grondslag van de verzekering

Aan deze overeenkomst liggen ten grondslag de in het aanvraagformulier en de gezondheidsverklaring verstrekte opgaven en inlichtingen door de verzekeringnemer en de verzekerde aan de maatschappij, alsmede - indien medische keuring heeft plaatsgevonden - de bij die keuring door verzekeringnemer en/of verzekerde verstrekte gegevens.

Ingeval voornoemde opgaven en verklaringen in enig opzicht verkeerd of onwaarachtig blijken te zijn, alsmede in geval van verzwijging van aan de verzekeringnemer of de verzekerde bekende omstandigheden als bedoeld in de ter zake doende wettelijke bepalingen, heeft de maatschappij het recht zich op vernietigbaarheid van deze verzekering te beroepen.

OMVANG VAN DE VERZEKERING

Voor elke verzekerde wordt vergoeding verleend van de kosten verbonden aan medische behandeling, mits en zolang deze behandeling herstelbevorderend is, en voor zover verzekerd en hierna omschreven. Met inachtneming van het geen elders in de polis is bepaald, worden ten hoogste het door het CTG vastgestelde tarief en of het door het ziekenhuis in rekening gebrachte DBC-tarief vergoed.

Indien de DBC-declaratie is aangevangen in het voorgaande kalenderjaar, dan dient deze gedeclareerd te worden bij de verzekeraar, waar een verzekerde bij aanvang van de behandeling verzekerd is.

Artikel 3 Verzekerde rubrieken

- A. Opname in een ziekenhuis en Niet-klinische (specialistische) hulp DBC-tarief
- B. Opname in een ziekenhuis en Niet-klinische (specialistische) hulp CTG-tarief
- C. Bevalling en kraamzorg
- D. Huisartsenhulp
- E. Farmaceutische hulp
- F. Alternatieve geneeskundige hulp
- G. Tandheelkundige hulp
- H. Overige vergoedingen

Vrije keuze

Verzekerde is vrij in zijn keuze ten aanzien van zorgverleners en/of ziekenhuizen.

RUBRIEK A OPNAME IN EEN ZIEKENHUIS/ NIET-KLINISCHE (MEDISCH-SPECIALISTISCHE) HULP MET DBC-TARIEF

Vergoed worden de kosten van medisch-specialistische hulp in rekening gebracht door het ziekenhuis door middel van het DBC-tarief. Indien de verzekeraar met het ziekenhuis een tarief is overeengekomen, wordt vergoeding van de zorg verleend op basis van dit tarief. Als geen tarief is overeengekomen, wordt het tarief vergoed dat door het ziekenhuis met in achtneming van de daarvoor geldende regels in rekening wordt gebracht.

RUBRIEK B OPNAME IN EEN ZIEKENHUIS/ NIET-KLINISCHE (MEDISCH-SPECIALISTISCHE) HULP MET CTG-TARIEF

Indien een ziekenhuis niet declareert via de DBC-systematiek worden vergoed tot maximaal het CTG-tarief:

- a. de kosten van medisch specialistische zorg, door het ziekenhuis in rekening gebracht;
- b. de kosten van opname in de derde klasse van het ziekenhuis gedurende het etmaal of een deel daarvan;
- c. de kosten van dagverpleging;
- d. eventuele bijkomende kosten.

RUBRIEK C BEVALLING EN KRAAMZORG

Bevalling

- a. Bevalling thuis
Vergoed worden de kosten voor het honorarium van de verloskundigenhulp (inclusief voor- en nazorg) uitgevoerd door de huisarts of een verloskundige.
- of
- b. Bevalling poliklinisch
Vergoed worden de kosten van een poliklinische bevalling in een Ziekenhuis, door middel van het DBC-tarief.
- of
- c. Bevalling in het ziekenhuis (medisch noodzakelijk)
Vergoed worden de kosten van een klinische bevalling in een Ziekenhuis, door middel van het DBC-tarief.

Kraamzorg

De toekomstige kraamvrouw (mits zij op de dag van geboorte van de baby is verzekerd) kan kiezen uit een vergoeding voor kraamzorg in natura, kraamzorguitkering of een vergoeding voor zorg in een kraamzorghotel.

- a. kraamzorg in natura
vergoeding van de kosten voor een gediplomeerde kraamverzorgende, welke wordt geleverd door een door de maatschappij gecontracteerd kraamcentrum. Een aanvraagformulier voor kraamzorg in natura dient ten minste zes maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum bij de maatschappij te zijn ingediend.
- of
- b. kraamzorguitkering
een uitkering van €2.000,- (in het geval dat binnen 10 dagen na de bevalling opname in een ziekenhuis of kraamzorghotel plaatsvindt, wordt daarop €200,- per opnamedag in mindering gebracht de dag van ontslag wordt niet in mindering gebracht op de kraamzorguitkering).
- of
- c. kraamzorg in een kraamzorghotel
vergoed wordt tot maximaal €200,- per verpleegdag bij kraamzorg in een erkend kraamzorghotel tot maximaal 10 dagen gerekend vanaf de dag van geboorte.

Kraamcadeau

Recht op deze verstrekking bestaat onder de volgende voorwaarden:

- de verzekerde ontvangt na inzending van een daartoe strekkende aanvraag welke verkrijgbaar is bij de verloskundige of huisarts een kraamcadeau in natura ten behoeve van de bevalling;
- de verzekerde dient op het moment van verstrekking in de periode gelegen tussen de 5e en 7e maand van de zwangerschap krachtens deze voorwaarden als verzekerde te staan geregistreerd bij de maatschappij.

RUBRIEK D HUISARTSENHULP

Vergoed worden het honorarium (met inbegrip van de specifieke toeslagen), van de huisarts, respectievelijk de door de ANW (avond-, nacht- en weekend) dienstenstructuur, waarbij deze is aangesloten, in rekening gebrachte kosten, alsmede de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

RUBRIEK E FARMACEUTISCHE HULP

Vergoed worden de kosten van farmaceutische zorg overeenkomstig de regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld en de middelen zijn afgeleverd op voorschrift van een huisarts, medisch-specialist, tandarts, tandartsspecialist of verloskundige onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheker/apotheekhoudend huisarts.

Op vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing.

Op basis van het vorenstaande omvat deze aanspraak:

- a. geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de wet op de geneesmiddelenvoorziening mogen worden geleverd;
 - b. andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd;
 - c. de kosten van de eigen bijdrage op geneesmiddelen waarvoor een vergoedingslimiet is vastgesteld;
 - d. de kosten van geregistreerde geneesmiddelen die buiten GVS vallen;
 - e. middelen ter voorkoming van zwangerschap;
 - f. polymeren oligomere, monomeren en modulair dieetpreparaten overeenkomstig de regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld - als gevolg van een ernstige slik-, passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis, chronisch obstructief longlijden, cystische fibrose of een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand;
 - g. bloedproducten als bedoeld in de Wet inzake Bloedvoorziening;
 - h. verbandmiddelen;
- Onder farmaceutische hulp worden niet vergoed:**
- cosmetische middelen,
 - genotmiddelen en medicinale wijnen,
 - vermageringsmiddelen,
 - andere dan de in artikel 3 Rubriek E sub f genoemde dieetpreparaten,
 - versterkende en voedingsmiddelen,
 - vitaminepreparaten.

Op de vergoeding van farmaceutisch hulp is het in artikel 4 lid 1 omschreven eigen risico niet van toepassing.

Verzekeringsvoorwaarden ZDL02

Zorg DeLuxe'02

RUBRIEK F ALTERNATIEVE GENEESKUNDIGE HULP

Vergoed worden mits herstelbevorderend de kosten van onderzoek en behandeling en van de op grond daarvan voorgeschreven alternatieve geneesmiddelen, door een arts of alternatief genezer.

RUBRIEK G TANDHEELKUNDIGE HULP

1. Tandheelkundige hulp voor verzekerden tot 22 jaar (tot het einde van het kalenderjaar waarin de 22-jarige leeftijd is bereikt)

Vergoed worden de kosten van tandheelkundige behandeling, inclusief techniekkosten en prothetische voorzieningen door een tandarts of - in geval van tandprothetische voorziening - door een tandarts of erkend tandprotheticus. Niet vergoed worden de kosten voor orthodontie (zie hiervoor sub 3).

2. Tandheelkundige hulp voor verzekerden vanaf 22 jaar (met ingang van kalenderjaar na het bereiken van de 22-jarige leeftijd)

Vergoed worden tot maximaal €1400,- per verzekerde per jaar voor de kosten van tandheelkundige behandelingen, inclusief techniekkosten uitgevoerd door een tandarts.

Onder dit artikel wordt niet vergoed de kosten van orthodontie (zie sub 3), een gebitsprothese (zie sub 4), implantaten (zie sub 7), mesostructuur en prothese op implantaten (zie sub 8) het verwijderen van tandsteen mag ook uitgevoerd worden door een mondhygiëniste.

3. Orthodontie

Vergoed worden de kosten van orthodontische behandeling, uitgevoerd door een orthodontist of een tandarts, ongeacht de leeftijd van verzekerde.

4. Gebitsprothese

Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor boven- of onderkaak door de tandarts of een centrum voor bijzondere tandheelkunde komen voor vergoeding in aanmerking een immediaatprothese, dan wel een vervangingsprothese of een volledige overkappingprothese.

Bij vervaardiging en plaatsing door een tandprotheticus komt alleen voor vergoeding in aanmerking de uitneembare volledige vervangingsprothese voor de boven- of onderkaak. Vergoed wordt 75 % van de gedeclareerde bedragen.

Tevens worden volledig vergoed de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande overkappingprothese.

Indien de volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde komt in plaats van de vigerende UPT(Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) goedgekeurde tarief in aanmerking.

Toestemming:

Voorafgaande toestemming van de maatschappij is vereist, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts of tandprotheticus, inclusief techniekkosten, ten

hoogste €500,- per onder- c.q. bovenkaak bedragen. Tevens is voorafgaande toestemming vereist indien de prothese (met uitzondering van de immediaatprothese) binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.

5. Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

Vergoed worden 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 tien dient te zijn;
- een kaakgewrichtafwijking (pijndysfunctie-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 palatoschisis);
- een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect);
- een ander dan hierboven genoemde afwijking, tot ten hoogste €460,- per verzekerde per kalenderjaar.

In aanvulling op hetgeen hierboven onder a en c is vermeld, bestaat uitsluitend voor de verzekerde jonger dan 18 jaar ook recht op vergoeding van de kosten welke verband houden met vervanging van een of meerdere ontbrekende blijvende snijtand(en)/of hoektand(en), doch uitsluitend indien het ontbreken van de betreffende tand(en) het gevolg is van het niet aangelegd zijn of het gevolg is van een ongeval.

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de behandeling van de afwijking zoals onder a t/m f genoemd een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist en
- de maatschappij op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, tevoren toestemming heeft gegeven.

Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

6. Kaakchirurgische behandeling

Vergoed worden op voorschrift van huisarts of tandarts:

- het DBC-tarief voor chirurgische tandheelkundige zorg, niet zijnde parodontale chirurgische hulp, die niet gepaard gaat met een opname en voor zover het betrekking heeft op tandheelkundige implantaten met in achtname van artikel 3. rubriek G Sub 7.
- Als geen DBC-tarief is overeengekomen, geldt de vergoeding tot maximaal het CTG-tarief.

7. Tandheelkundige implantaten

Vergoed worden door middel van het DBC-tarief de kosten van tandheelkundige implantaten doch uitsluitend indien:

- de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandenloze kaak;
- de implantaten dienen als steun voor een (overkappings) prothese;
- de implantaten door de kaakchirurg worden ingebracht;
- de maatschappij op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een behandelplan, hiervoor vooraf schriftelijk toestemming heeft gegeven;
- Als geen DBC-tarief is overeengekomen, geldt de vergoeding tot maximaal het CTG tarief.

Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. De vergoeding beperkt zich bovendien tot het honorarium van de kaakchirurg (en van de anesthesist) en de bijkomende ziektekosten. Tevens worden de kosten vergoed van de suprastructuur op implantaten en de (overkappings)prothese.

8. Mesostructuur en prothese op implantaten

Vergoed worden de kosten van de mesostructuur op implantaten (het vastzittende deel), alsmede de kosten van de volledige overkappingsprothese op implantaten (het uitneembare deel), doch uitsluitend indien:

- de mesostructuur en de prothese vervaardigd en geplaatst worden door een tandarts of een centrum voor bijzondere tandheelkunde;
- de maatschappij op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, tevoren toestemming heeft verleend.

Geen toestemming wordt verleend als de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

De vergoeding van de behandeling omvat het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.

Indien de mesostructuur en de overkappingsprothese worden vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, komt in plaats van de vigerende UPT(Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) goedgekeurde uurtarief voor vergoeding in aanmerking. Volledig vergoed worden de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande overkappingsprothese in boven- of onderkaak.

9. Tandheelkundige hulp aan verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap

Vergoed worden de kosten van tandheelkundige zorg indien voor de betrokken verzekerde met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap een langere behandelingsduur nodig is dan normaal.

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend voor de betrokken verzekerde met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap die geen aanspraak kan maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

RUBRIEK H OVERIGE VERGOEDINGEN

1. Abortus

Vergoed worden de aan de ingreep verbonden medische kosten uitgevoerd door een medisch-specialist in een ziekenhuis of in een in Nederland gevestigde door de overheid erkende kliniek die speciaal voor de bovengenoemde behandeling is ingericht.

2. Audiologische hulp

Vergoed worden de op voorschrift van de behandelend arts gemaakte kosten van audiologische hulp door een door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten audiologisch centrum.

3. Behandelingskosten terzake nierdialyse

Vergoed worden:

Bij niet-klinische hemodialyse in een **dialysecentrum** worden de kosten vergoed van de verleende nierdialyse, alsmede van het daarmee verband houdende onderzoek, de behandeling en de verpleging. Tevens worden de kosten verband houdende met de door het dialysecentrum verleende psychosociale begeleiding vergoed.

Bij dialyse **ten huize** van de verzekerde komen behalve de hiervoor vermelde kosten ook de navolgende kosten voor vergoeding in aanmerking: de kosten voor redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat. Tevens vergoeding van de overige kosten die rechtstreeks met de dialyse samenhangen. De kosten worden alleen vergoed voor zover niet andere wettelijke regelingen daarin voorzien.

- de kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn.
- de kosten van het in bruikleen geven van de hemodialyse-apparatuur met toebehoren, de vergoeding van de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse.

4. Bezoek aan een in een in Nederland gelegen ziekenhuis verblijvende verzekerde

Vergoed worden de kosten van vervoer (voor ten hoogste éénmaal per dag) van verzekerde van het woonadres naar het ziekenhuis en terug in geval van opname van een verzekerde van de zelfde polis, waarvan de kosten voor rekening van de maatschappij komen. Het vervoer dient langs de snelst mogelijke route te worden afgelegd. De vergoeding bedraagt ten hoogste €0,40 per kilometer en wordt uitsluitend berekend indien de afstand tussen het woonadres en het ziekenhuis meer bedraagt dan 25 kilometer. De vergoeding voor kosten van vervoer naar het Astmacentrum te Davos en terug bedraagt ten hoogste 75% van de reiskosten per trein in de laagste klasse, voor maximaal twee verzekerden, eenmaal per periode van 3 maanden opname van een verzekerde.

Zorg DeLuxe'02

5. Brillenglazen en lenzen

Vergoed worden de kosten van brillenglazen (inclusief montuur) of lenzen bij 4 of meer dioptrieën per glas of lens. (de berekening van het aantal dioptrieën is op aanvraag verkrijgbaar).

Per verzekerde bestaat éénmaal per 36 maanden recht op vergoeding tot ten hoogste €500,-.

Onder lenzen worden verstaan dag-, week-, maand- of vaste contactlenzen die door een opticien verstrekt zijn.

6. Buzzerservice

Vergoed wordt een buzzer, welke in bruikleen door de maatschappij wordt verstrekt bij:

- een bevalling van verzekerde, voor de periode van 5 weken voor de vermoedelijke bevallingsdatum;
- een ernstige ziekte van verzekerde.

De aanvraag voor een buzzer dient bij de maatschappij te worden gedaan.

7. Chronisch intermitterende beademing

Vergoed worden de kosten van mechanische beademing, voorgeschreven door een medisch-specialist, in een daartoe erkend beademingscentrum of de kosten in verband met de door dat beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van verzekerde.

8. Cursussen

Vergoed worden, onder overlegging van een bewijs van deelname de kosten van cursussen, indien deze gegeven worden door een:

- thuiszorgorganisatie;
- patiëntenvereniging, die is aangesloten bij een landelijk of regionaal Patiënten- en Consumentenplatform.

9. Diëtist

Vergoed worden de kosten van voedingsadviezen uitgevoerd door een erkend diëtist(e).

10. Dyslexie

Vergoed worden de behandelingskosten van dyslexie tot maximaal €1.000,- per verzekerde tijdens de gehele duur van de verzekering, mits uitgevoerd door orthopedagoog, psycholoog of logopedist. Niet vergoed worden de onderzoekskosten naar dyslexie.

11. Eigen bijdragen AWBZ

Vergoed worden:

- de eigen bijdragen met betrekking tot niet-klinische psychiatrische hulp welke uit hoofde van de AWBZ aan verzekerde in rekening worden gebracht met uitzondering van de eigen bijdrage in rekening gebracht voor hulp door het RIAGG;
- de eigen bijdragen met betrekking tot kosten van thuisverpleging door een gediplomeerd verpleegkundige of een gediplomeerd ziekenverzorg(st)er, die ter bekorting of vervanging van een medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis door de AWBZ aan verzekerde in rekening worden gebracht.

12. Erfelijkheidsonderzoek

Vergoed worden de op voorschrift van de huisarts of specialist gemaakte kosten van erfelijkheidsadvisering, alsmede van onderzoek naar erfelijke afwijkingen, verricht door een erkend centrum voor erfelijkheidsonderzoek.

Indien het voor het onderzoek noodzakelijk is dat andere personen dan verzekerde(n) bij het onderzoek worden betrokken, komen de hieraan verbonden kosten voor rekening van de verzekeraar(s) van de onderzochte andere persoon of personen.

13. Ergotherapie

Vergoed worden de kosten van ergotherapie welke wordt verleend door een ergotherapeut.

14. Fertiliteitsbevorderende behandelingen

Vergoed worden door middel van het DBC-tarief bij een algemeen geaccepteerde medische indicatie:

- de kosten van operatieve ingrepen, hormoonbehandelingen en kunstmatige inseminatie,
- de kosten van ten hoogste 3 in- vitrofertilisatie - behandelingen per gewenste zwangerschap uitgevoerd in een vergunninghoudende inrichting, mits op voorschrift van de behandelend arts.

Als geen DBC-tarief is afgesproken geldt vergoeding tot maximaal de geldende CTG-tarieven.

15. (Fysio)therapeutische hulp

Vergoed worden de kosten van door een ter zake gediplomeerde uitgevoerde behandelingen voor (kinder)fysiotherapie, oefentherapie Cesar of Mensendieck, oedeemtherapie, manuele therapie, chiropractie, foniatrie, heilgymnastiek, en osteopathie, mits deze herstelbevorderend zijn.

16. GeboorteTENS

Vergoed worden de huurkosten van een TENSapparaat ter vermindering van pijn rondom de bevalling op voorschrift van de behandelend arts en/of verloskundige.

17. Herstelingsoord

Vergoed worden de kosten van verblijf in een bij de Nederlandse Vereniging van Herstelingssoorten voor somatische ziekten aangesloten erkend herstellingsoord, mits het verblijf geschiedt op voorschrift van de behandelend arts.

18. Hulpmiddelen

Vergoed worden na voorafgaande toestemming van de maatschappij de kosten van aanschaf dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van de door de behandelend arts voorgeschreven hulpmiddelen, overeenkomstig de door de maatschappij vastgestelde regeling Hulpmiddelen, welke geacht wordt deel uit te maken van deze voorwaarden en op aanvraag verkrijgbaar is.

Bovendien worden als hulpmiddelen beschouwd: Enuresis-(plas)wekker, bewakingsapparatuur tegen wiegedood, motorslede, steunpessaria, steunzolen alsmede zoeltjes voorgeschreven door een podotherapeut.

De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de regeling Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van verzekerde. Onder normaal gebruik wordt in ieder geval verstaan de kosten van energieverbruik en batterijen.

Op deze verstrekking zijn de in de regeling Hulpmiddelen genoemde maximale vergoedingen en eigen bijdragen niet van toepassing.

Indien hulpmiddelen worden afgenomen bij de door de maatschappij geselecteerde leveranciers, is het in artikel 4 lid 1 omschreven eigen risico niet van toepassing.

19. Kinderopvang

Verstrekt wordt een uitkering van €12,- per dag, indien één van de meeverzekerde ouders langer dan 5 dagen is opgenomen in een ziekenhuis en indien er op de polis kinderen tot en met het kalenderjaar waarin deze 12 jaar worden, zijn meeverzekerd welke niet zijn opgenomen in een ziekenhuis. De eerste 5 opname dagen blijven te allen tijde buiten de verstrekking.

20. Kuurreizen

Vergoed worden de kosten van een kuurreis naar Hongarije, georganiseerd door de Stichting Interkuur, voor verzekerden die lijden aan ziekten van het bewegingsapparaat, zoals onder meer de ziekte van Bechterew, arthrosis, reumatische aandoeningen e.d.. De reiskosten van en naar het vliegveld worden niet vergoed. Er is vooraf toestemming van de maatschappij vereist.

21. Laserbehandeling van de ogen

Vergoed worden bij een afwijking van minimaal vier of meer dioptrieën per oog tot maximaal €1.250,- per verzekerde per 60 maanden voor beide ogen, de kosten van een laserbehandeling van de ogen ter correctie van de visus uitgevoerd met behulp van de Excimer laser door een oogarts. Niet vergoed worden de kosten van het onderzoek als blijkt dat behandelingen via laser niet mogelijk is. De vergoeding van brillen of contactlenzen (artikel 3 Sub H lid 5) komt gedurende 60 maanden na de laser behandeldatum te vervallen.

22. Leukemie bij kinderen

Vergoed worden de kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, welke door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK) in rekening worden gebracht.

23. Lidmaatschap

Vergoed worden de kosten van contributie van een patiëntenvereniging, die is aangesloten bij een landelijk of regionaal Patiënten- en Consumentenplatform.

24. Logopedie

Vergoed worden de kosten voor logopedie als bedoeld in het Logopedistenbesluit. Onder logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen indien sprake is van dialect en anderstaligheid.

25. Oogmeting

Vergoed worden de kosten van een uitgevoerde oogmeting.

26. Orthoptie

Vergoed worden de kosten voor orthoptie uitgevoerd door een erkend orthoptist.

27. Plastische of reconstructieve chirurgie

Vergoed worden de kosten van plastische of reconstructieve chirurgie door middel van het DBC-tarief echter uitsluitend indien de maatschappij hiervoor vooraf schriftelijk heeft verklaard die kosten voor haar rekening te nemen, indien er sprake is van:

- a. verminkingen ontstaan ten gevolge van een ongeval of ziekte,
- b. bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijkingen.

Als geen DBC-tarief is afgesproken geldt vergoeding tot maximaal de geldende CTG-tarieven.

28. Podotherapie

Vergoed worden de kosten voor podotherapie uitgevoerd door een erkend podotherapeut.

29. Preventieve geneeskunde

Vergoed worden de kosten van preventieve onderzoeken en vaccinaties. Op deze betreffende vergoeding is het in artikel 4 lid 1 omschreven eigen risico niet van toepassing.

30. Privé-kliniek en zelfstandig behandelcentrum

Vergoed worden:

- a. de kosten van onderzoek, behandeling en verpleging in een in Nederland gelegen zelfstandig behandelcentrum (ZBC) waarvoor de bevoegde overheidsinstantie een vergunning heeft verleend door middel van het DBC-tarief. Indien een ZBC niet declareert via de DBC-systematiek wordt vergoed tot de maximaal geldende CTG-tarieven.
- b. de kosten van onderzoek, behandeling en verpleging in een in Nederland gelegen privé-kliniek door middel van het DBC-tarief. Indien een privé-kliniek niet declareert via de DBC-systematiek wordt vergoed tot de maximaal geldende CTG-tarieven. Uitsluitend indien de maatschappij hiervoor vooraf schriftelijk heeft verklaard die kosten voor haar rekening te nemen.

31. Psychologische hulp

Kosten van behandeling door een eerstelijns psycholoog komen voor volledige vergoeding in aanmerking bij een door de maatschappij gecontracteerde zorgverlener. Op deze betreffende vergoeding is het in artikel 4 lid 1 omschreven eigen risico niet van toepassing. De behandeling dient van te voren aangevraagd te worden.

of
Een vergoeding wordt verleend tot ten hoogste €1.150,- per verzekerde per kalenderjaar voor de door een psycholoog verrichte psychotherapeutische behandeling en/of gesprekstherapie.

32. Revalidatie

Vergoed worden de kosten van revalidatie of revalidatiedagbehandeling.

33. Ronald McDonald-, familie- of logeerhuis

Vergoed worden - in geval van opname van een meeverzekerd kind - de verschuldigde eigen bijdrage van verblijf van de ouders in een Ronald McDonaldhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeerhuis.

34. Second opinion

Vergoed worden de kosten van het raadplegen van een andere arts dan de behandelend arts terzake van een door deze voorgestelde behandeling.

35. Snurken

Vergoed worden de kosten van de behandelen bij snurken (uluvoplastiek) op voorschrift van een (huis)arts of medisch specialist en uitgevoerd in een ziekenhuis. Geen vergoeding wordt verleend bij slaap-apneu.

Zorg DeLuxe'02

36. Sportkeuringen en blessureconsulten

Vergoed worden de kosten van een sportkeuring of blessureconsult, voorzover deze kosten in rekening worden gebracht door een Sport Medisch Adviescentrum (SMA).

37. Sterilisatie

Vergoed worden de medische kosten van een sterilisatie alsmede de kosten van het ongedaan maken van een kunstmatige sterilisatie uitgevoerd in een ziekenhuis.

38. Stottertherapie

Vergoed worden de kosten van behandeling en verblijf in het instituut, waar volgens de Del Ferro of de Hausdorfertherapie stottertherapie wordt gegeven, mits en zolang de kosten van behandeling voor rekening van de maatschappij komen.

39. Therapeutisch kamp

Vergoed worden de kosten van verblijf in een therapeutisch kamp voor astmatische- en/of gehandicapte kinderen.

40. Therapieën

Vergoed worden de kosten van de onderstaande therapieën:

- a. Acné-behandeling: voor behandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e), indien sprake is van een ernstige vorm van acné in het gelaat en/of hals, mits en voorzover de behandelingen plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts;
- b. Camouflagetherapie: voor de te volgen instructielessen en cosmetische produkten, indien sprake is van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals, mits en voorzover de behandelingen plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts;
- c. Elektrisch epilatie of epilatie met behulp van laser in het gelaat: indien sprake is van hirsutisme (overmatige plaatselijke haargroei) op ongebruikelijke plaatsen in het gelaat van een verzekerde van het vrouwelijk geslacht, mits en voorzover de behandelingen plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts;
- d. Lymfdrainage en oedeemtherapie: voor behandeling door een (huid)therapeut, indien sprake is van ernstig (lymf)oedeem;
- e. Psoriasis-dagbehandeling: voor behandeling voorzover deze plaatsvindt in één van de erkende centra voor psoriasis-dagbehandeling en voorzover de behandelingen plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts;
- f. Psoriasis lichtbaktherapie thuis: mits en voorzover de behandelingen plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts, de bruikleen van een UVB-bestralingsunit voor thuisgebruik, geleverd door een bij de maatschappij gecontracteerde leverancier.

41. Thuisverpleging

Vergoed worden in aanvulling op de AWBZ de kosten van thuisverpleging door een gediplomeerd verpleegkundige of een gediplomeerd ziekenverzorg(st)er, indien en zolang een opname in een ziekenhuis is geïndiceerd, doch verzekerde thuis wenst te worden verpleegd.

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien de maatschappij, op een daartoe strekkend verzoek,

vooraf schriftelijk heeft verklaard die kosten voor haar rekening te nemen.

42. Transplantatie

Vergoed worden:

- a. de kosten van transplantatie van de volgende donororganen : huid, hoornvlies, beenmerg, bot , nier, hart, long, hart/long, nier/pancreas en lever (orthotoop), alsmede de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) in rekening worden gebracht;
- b. de kosten van opname en behandeling van de niet krachtens deze voorwaarden verzekerde donor in verband met een bij een verzekerde plaatsgevonden orgaantransplantatie, op basis van de voor de donor verzekerde klasse;
- c. de kosten van behandeling door een specialist na de datum van ontslag uit een ziekenhuis, waarin de donor ter selectie en verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met diezelfde orgaantransplantatie.

43. Trombosedienst

Vergoed worden de gemaakte kosten van hulp door een trombosedienst.

44. Verblijf bij levertransplantatie

Vergoed worden de kosten van:

- a. verblijf in het Prinses Margriethuis te Groningen aansluitend aan een levertransplantatie in het Academisch Ziekenhuis Groningen voor verzekerde en één verzorger tot ten hoogste €33,- per dag gedurende maximaal 28 dagen;
- b. verblijf van één gezinslid van de verzekerde in het Zusterhuis van het Academisch Ziekenhuis Groningen gedurende het verblijf van verzekerde waarbij een levertransplantatie in het Academisch Ziekenhuis Groningen heeft plaatsgevonden, tot ten hoogste €25,- per dag gedurende de periode van opname van de verzekerde.

45. Vervoerskosten binnen Nederland

Vergoed worden de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer van een verzekerde naar en van de plaats waar een behandeling plaatsvindt respectievelijk vervoer naar en van een instelling waarin een verzekerde ten laste van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld, mits het vervoer om medische redenen niet kan plaatsvinden met openbaar vervoer. Tevens worden vergoed de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer van een verzekerde per helikopter uitsluitend indien opname in een ziekenhuis noodzakelijk is en het vervoer om medische redenen niet kan plaatsvinden met openbaar vervoer.

De vergoeding voor het gebruik van de eigen- of huurauto bedraagt €0,40 per kilometer.

De vergoeding voor kosten van vervoer van verzekerde naar het Astmacentrum te Davos en terug bedraagt 75% van de reiskosten per trein in de laagste klasse.

Vergoeding van de kosten van ziekenvervoer geldt uitsluitend indien dit vervoer in direct verband staat met een opname, onderzoek of behandeling voor rekening van de maatschappij of waarvan de kosten voor vergoeding krachtens de AWBZ in aanmerking komen.

46. Voedingsmiddelen (bijzonder)

Vergoed worden op voorschrift van de behandelend arts de kosten van vloeibare kant-en-klaar voeding en sondevoeding (inclusief toedieningssystemen) voor verzekerden in de terminale fase.

47. Wachtijdbemiddeling

Verzoeken omtrent wachtijdbemiddeling kunnen aan de maatschappij worden voorgelegd.

48. Ziektekosten en hulpverlening in het buitenland

1. Spoedeisende Ziektekosten tijdens verblijf in het buitenland:

Voor de in het buitenland gemaakte ziektekosten bestaat recht op vergoeding indien deze betrekking hebben op:

- a. opname en behandeling in een algemeen erkend ziekenhuis tot maximaal 365 dagen;
- b. onderzoek en behandeling door een huisarts of specialist, niet gepaard gaande met opname in een ziekenhuis, met inbegrip van de door deze voorgeschreven of verstrekte farmaceutische hulp;
- c. medisch noodzakelijk ziekenvervoer naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis of de dichtstbijzijnde huisarts of specialist;
- d. onderzoek en behandeling door een tandarts uitsluitend en indien er sprake is van een spoedeisende behandeling met inachtneming van artikel 3 rubriek G lid 1 en 2;
- e. telefoonkosten bij de melding van een ziekenhuisopname aan SOS International.

Zodra sprake is van een ziekenhuisopname dient verzekerde direct contact op te nemen met SOS International.

Zodra verzekerde naar het oordeel van de behandelende arts(en) naar Nederland kan worden vervoerd dient verzekerde zijn medewerking daaraan te verlenen, in welk geval de daaraan verbonden medisch noodzakelijke extra kosten worden vergoed.

Bovendien worden vergoed de kosten welke verband houden met het vervoer van het stoffelijk overschot van een verzekerde naar Nederland of de kosten van begraving of crematie ter plaatse, tenzij zulks zou plaatsvinden in het land van nationaliteit van die verzekerde of waar die verzekerde voorheen woonachtig was.

De uitkering in geval van begraving of crematie ter plaatse zal nimmer hoger zijn dan die van vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland.

Indien een in Nederland gevestigde specialist onderzoek, behandeling en/of opname van een verzekerde in het buitenland medisch noodzakelijk acht, worden de daaraan verbonden kosten vergoed, echter uitsluitend indien de maatschappij hiervoor vooraf schriftelijk toestemming heeft gegeven.

Vergoed worden alleen de kosten die krachtens de dekking van deze polisvoorwaarden zouden zijn vergoed als de verzekerde de behandeling in

Nederland zou hebben ondergaan. Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten welke verband houden met een onderzoek, behandeling en/of opname welke het doel vormden van het verblijf in het buitenland.

Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten welke zijn gemaakt na een verblijf van meer dan twaalf(12) maanden buiten Nederland.

De vergoeding geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel op basis van de omrekenkoers zoals deze geldt op de dag waarop de nota is gedateerd.

2. Zorg in een andere lidstaat van de Europese Unie:

Vergoed worden in een ander lidstaat van de Europese Unie, de kosten van reguliere behandelingen waarvoor in Nederland een CTG tarief is vastgesteld of een DBC-tarief is afgesproken en bedraagt ten hoogste 100% van de kosten die krachtens de dekking van deze polisvoorwaarden zouden zijn vergoed als de verzekerde de behandeling in Nederland zou hebben ondergaan. Voor hulpmiddelen worden de kosten vergoed overeenkomstig de door Maatschappij vastgestelde regeling Hulpmiddelen.

De kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance, taxi, of auto worden in dat geval vergoed tot het bedrag dat gelijk is aan de kosten van vervoer tussen de woonplaats van verzekerde en de dichtstbijzijnde plaats waar de zorg zou zijn verleend, indien deze in Nederland zou zijn geboden.

Ter toelichting:

Het is aan te bevelen dat de verzekerde in een voorkomend geval vooraf met de maatschappij contact opneemt, opdat vooraf duidelijkheid wordt verkregen over de exacte hoogte van de vergoeding in dat specifieke geval.

3 Hulpverlening in het buitenland:

Bij deze polis is meeverzekerd het recht op hulpverlening aan verzekerde in het buitenland door de BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International (hierna te noemen SOS International) te Amsterdam op de hieronder vermelde condities:

Recht bestaat op organisatie door SOS International van wereldwijde hulpverlening ter zake van acute ziekte, ongeval of overlijden van verzekerde buiten Nederland.

Ingeval van acute ernstige ziekte of ernstig ongevalsletsel van verzekerde bestaat recht op vergoeding van de kosten van vervoer (inclusief de noodzakelijke medische begeleiding) per ambulance-auto of ambulancevliegtuig naar een plaats in Nederland. Verzekerde is verplicht medewerking te verlenen voor het verkrijgen van een schriftelijke verklaring van de behandelend arts waaruit blijkt dat vervoer verantwoord is en dat de gekozen wijze van vervoer alsmede de vorm van eventuele medische begeleiding noodzakelijk is. Voor vervoer per ambulancevliegtuig geldt bovendien dat de repatriëring het redden van het leven en/of het voorkomen of verminderen van de te verwachten invaliditeit van verzekerde moet beogen.

Ingeval van overlijden van verzekerde bestaat recht op vergoeding van de kosten van vervoer van het stoffelijk

Zorg DeLuxe'02

overschot naar een plaats Nederland, waaronder de kosten van de voor het vervoer noodzakelijke kist. Ingeval een beroep wordt gedaan op deze hulpverlening dient deze zo spoedig mogelijk, doch altijd vooraf, per telefoon, telegram, of telefax te worden aangevraagd bij SOS International. SOS International dient toestemming te verlenen voor het maken van de in dit artikel genoemde kosten. Indien, zo deze verzekering niet bestond, aanspraak gemaakt zou kunnen worden op uitkering op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening, is de in dit artikel genoemde dekking pas in de laatste plaats geldig. Alleen die schade zal dan voor uitkering in aanmerking komen welke het bedrag te boven gaat waarop verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken. Er bestaat geen recht op hulpverlening en vergoeding van de kosten, indien de reis naar en het verblijf in het buitenland tot doel hadden een medisch behandeling te ondergaan.

In voorkomende gevallen kan hulp worden ingeroepen van SOS International. SOS International is dag en nacht bereikbaar onder telefoonnummer (020) 651 51 51 / faxnummer (020) 651 51 09.

Artikel 4 Aanvullende Bepalingen

1. Eigen risico

Het op het polisblad vermelde eigen risico is het bedrag aan verzekerde kosten dat per kalenderjaar voor rekening van verzekeringsnemer blijft. Voor het bereiken van het eigen risico tellen uitsluitend die kosten mee, welke op grond van deze polisvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen. Indien voor een verzekerd onderdeel een maximumbedrag is vermeld, blijft dit maximum zowel voor de toepassing van het eigen risico als voor de eventuele uitkering daarna, onverminderd van kracht. Uitsluitend in het kalenderjaar waarin de verzekering van kracht wordt, wordt het eigen risico verlaagd met 1/12 voor elke volle kalendermaand die op de ingangsdatum is verstreken. Bij beëindiging van de verzekering, alsmede over de periode dat de verzekering niet van kracht was, vindt derhalve geen vermindering of restitutie van het eigen risico plaats. Het eigen risico geldt niet ten aanzien van de kosten welke worden gemaakt als gevolg van een ongeval dat tijdens de looptijd van deze verzekering heeft plaatsgevonden, alsmede in de gevallen welke nader in deze voorwaarden zijn vermeld. Indien een opname in een ziekenhuis niet eindigt in het kalenderjaar waarin deze een aanvang nam, worden de voor die opname gemaakte kosten tot het tijdstip waarop de opname ononderbroken voortduurt toegerekend aan het kalenderjaar waarin de opname aanving. Indien een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling is aangevangen, geldt voor de vaststelling van het eigen risico dat deze behandeling wordt toegerekend aan het voorgaande kalenderjaar.

2. Opname en verpleging in een hogere/lagere klasse

- Indien opname en verpleging in een hogere klasse dan de verzekerde klasse geschiedt, worden de kosten vergoed welke in rekening zouden zijn gebracht bij een opname en verpleging in de verzekerde klasse.
- Wordt een verzekerde, verzekerd volgens klasse 2B, opgenomen en verpleegd in een ziekenhuis waarin slechts één 2e klasse aanwezig is, dan wordt deze verzekering geacht te gelden voor die ene tweede klasse.
- Gedurende de periode dat een verzekerde, verzekerd volgens klasse 2A of 2B, wegens plaatsgebrek in een 2e klasse wordt opgenomen in een 3e klasse van een ziekenhuis, wordt een vergoeding verleend van €75,- per verpleegdag. Deze regeling is niet van toepassing bij een opname in het buitenland.

3. Kinderen

Indien kinderen tijdens de looptijd van de verzekering zijn geboren en van wie de vader en/of de moeder krachtens deze verzekering zijn verzekerd, binnen één maand na hun geboorte ter meeverzekering bij de maatschappij worden aangemeld, worden deze kinderen zonder beperkende bepalingen geaccepteerd. Deze verzekering geldt dan vanaf de geboortedatum. Meeverzekerd kunnen worden de inwonende ongehuwde eigen, stief-, pleeg-, en adoptiekinderen tot 28 jaar. Voor adoptie-, pleeg- en stiefkinderen is de verzekering van kracht met ingang van de dag van de feitelijke opnemning van het kind in het gezin in Nederland, recht op een gelijkwaardige verzekering met bijbehorende premie en voorwaarden mits men deze binnen een maand na opnemning van het kind in het gezin in Nederland ter meeverzekering bij de maatschappij heeft aangemeld. Voor de aanmelding van stief-, pleeg-, adoptiekinderen is wel een ingevulde gezondheidsverklaring noodzakelijk. Voor kinderen worden evenwel voor geen hogere klasse geaccepteerd dan de derde klasse.

Artikel 5 Uitsluitingen

Geen vergoeding wordt verleend voor:

- de kosten voortvloeiend uit enig belang ten behoeve waarvan een garantieregeling van kracht is;
- de kosten die gedekt zijn onder een andere (speciale) verzekering, al dan niet van oudere datum, of onder een andere verzekering gedekt zouden zijn indien onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan;
- de kosten die al op basis van een wet of andere voorziening wordt vergoed; (In geval 1, 2 en 3 vergoedt de maatschappij uitsluitend die schade die het bedrag te boven gaat waarop verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken).
- verstrekkingen krachtens de AWBZ waarop verzekerden op grond van die wet geen recht hebben, met uitzondering van het bepaalde in artikel 3 rubriek H lid 11. Tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen hebben niet-ingezetenen geen recht op vergoeding van kosten welke voor een Nederlands ingezetene voor rekening van de AWBZ zouden komen;

5. de kosten van celtherapie, keuringen en het afgeven van attesten, uitgezonderd het bepaalde in artikel 3 Rub. H sub 28 en 36;
6. de kosten van zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie;
7. de kosten voor hulp en begeleiding door personen of instellingen, al dan niet ingeschakeld bij een medische behandeling, die zich (tevens) bewegen op onderwijskundig terrein;
8. de kosten van cosmetische operaties en behandelingen, waarbij de aanleiding voortvloeit uit een persoonlijke behoefte, tenzij de maatschappij hiervoor vooraf schriftelijk heeft verklaard deze kosten voor haar rekening te nemen;
9. de kosten welke zijn gemaakt in de periode dat deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van behandeling bepalend is;
10. de kosten als gevolg van het feit dat verzekeringsnemer of een verzekerde enige verplichting, welke krachtens deze voorwaarden op hen rust, niet zijn nagekomen en daardoor de belangen van de maatschappij hebben geschaad, dan wel onjuiste of onvolledige mededelingen hebben gedaan of hebben laten doen;
11. kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij. Hieronder wordt verstaan:
 - a. Gewapend conflict: elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de een de ander, gebruikmakend van militaire machtsmiddelen, bestrijden. Onder gewapend conflict wordt mede verstaan het gewapend optreden van een Vredesmacht van de Verenigde Naties.
 - b. Burgeroorlog: een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen de inwoners van eenzelfde staat, waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat betrokken is.
 - c. Opstand: georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag.
 - d. Binnenlandse onlusten: min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat.
 - e. Oproer: een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging gericht tegen het openbaar gezag.
 - f. Muiterij: een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige bewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.

De zes hierboven genoemde vormen van molest alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage is gedeponereerd;
12. kosten welke zijn veroorzaakt door of verband houden met atoomkernreacties en de daarbij ontstane splitsingsproducten, onverschillig hoe de reacties zijn ontstaan, tenzij opgetreden bij een medische behandeling van een verzekerde.

Deze uitsluiting geldt niet met betrekking tot kosten veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich overeenkomstig hun bestemming buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige, of (niet-militaire) beveiligingsdoeleinden, mits er een door enige overheid afgegeven vergunning (voor zover vereist) van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen.

Onder kerninstallatie wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979 - 225), alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip.

Artikel 6 Rechtsbijstandverzekering

Rechtsbijstand bij schade door medische onregelmatigheden

Aanspraak wordt verleend ter zake van rechtsbijstand binnen Europa bij het verhaal van door een verzekerde geleden schade op de daarvoor aansprakelijke (rechts)persoon, indien die schade het gevolg is van een consult, behandeling, verrichting, verstrekking of voorziening binnen Europa, waarvan de kosten door de maatschappij krachtens de voorwaarden van deze verzekering, dan wel van de hoofdverzekering, zijn of worden vergoed.

De rechtsbijstand wordt verleend door de N.V. D.A.S. Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij te Amsterdam, waarvan de Algemene Voorwaarden voor Rechtsbijstandverzekering, welke in gebruik zijn op het moment van het ontstaan van het recht op aanspraak op rechtsbijstand, van toepassing zijn. Deze voorwaarden liggen bij de maatschappij ter inzage.

Bij noodzakelijk gebleken inschakeling van externe deskundigen geldt een kostenmaximum van €12.500,- per schadegeval.

Indien aanspraak bestaat op rechtsbijstand op basis van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, dan wel op grond van enige wet of andere voorziening, bestaat - met inachtneming van de Algemene Voorwaarden voor Rechtsbijstandverzekering - slechts aanspraak op vergoeding, indien en voorzover op basis van die andere verzekering, dan wel voorziening geen aanspraak kan worden gemaakt.

De aanspraak op rechtsbijstand vervalt bij melding van een schade later dan 1 jaar na beëindiging van deze verzekering.

Op de vergoeding van rechtsbijstand is het in artikel 4 lid 1 omschreven eigen risico niet van toepassing.

Artikel 7 Fraude

Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een vergoeding van de verzekeraar. Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op vergoeding vervalt indien de verzekeringnemer en/of een verzekerde en/of een bij de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor de verzekeraar bij de

Verzekeringsvoorwaarden ZDL02

Zorg DeLuxe'02

beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven. Fraude kan voorts tot gevolg hebben dat de verzekeraar:

- a. aangifte doet bij de politie;
- b. de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigt;
- c. registratie doet in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;
- d. uitgekeerde vergoeding en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvordert.

Artikel 8 Verplichting in geval van schade

Verzekeringnemer is verplicht er voor zorg te dragen dat:

1. bij opname in een ziekenhuis daarvan zo spoedig mogelijk aan de maatschappij mededeling wordt gedaan door middel van een volledig en naar waarheid ingevuld en ondertekend schadeaangifteformulier;
2. zo spoedig mogelijk nadat het totaalbedrag van de door verzekeringnemer in enig kalenderjaar ontvangen nota's, welke op grond van deze voorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen, het op deze verzekering van toepassing zijnde eigen risico overschrijdt, die nota's bij de maatschappij worden ingediend;
3. de - na overschrijding van het in het vorige lid bedoelde op hetzelfde kalenderjaar betrekking hebbende eigen risico - nadien ontvangen nota's uiterlijk binnen 6 maanden na afloop van hetzelfde kalenderjaar bij de maatschappij worden ingediend;
4. uitsluitend originele nota's worden ingediend, welke op het door de maatschappij verstrekte declaratieformulier zodanig moeten worden gespecificeerd, dat zonder verdere navraag kan worden nagegaan tot welke vergoeding de maatschappij is gehouden;
5. aan de maatschappij, haar medisch adviseur of aan degene die voor een controle is aangewezen, alle medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van inlichtingen;
6. voor behandelingen, welke op grond van deze voorwaarden uitsluitend op voorschrift van een arts mogen geschieden, een verwijzing wordt overgelegd, indien hierom door de maatschappij wordt gevraagd.

Artikel 9 Vecozo

Declaraties en vorderingen

1. **Rechtstreeks betaalde declaraties**
De maatschappij heeft het recht om declaraties van zorgverleners, die bij de maatschappij zijn ingediend door de zorgverlener, rechtstreeks te voldoen aan de zorgverlener. Verzekeringnemer heeft recht op een specificatie van de betaalde bedragen door middel van een uitkeringsbrief.
2. **Verschuldigde bedragen**
De in het vorige lid 1 genoemde declaratie zal door de maatschappij volledig aan de zorgverlener betaald worden, ook al komt de declaratie niet volledig voor vergoeding in aanmerking, door bijvoorbeeld een openstaand eigen risico of een beperkte vergoedingsregeling. Verzekeringnemer dient het eigen

risico of vergoedingen, voor zover deze boven de beperkte vergoedingsregeling uitkomen, te voldoen aan de maatschappij.

3. **Vordering in het algemeen**

De in het vorige lid 2 genoemde bedragen zijn verschuldigd zodra verzekeringnemer de uitkeringsbrief heeft ontvangen. Verzekeringnemer dient deze bedragen te voldoen binnen de in de uitkeringsbrief genoemde termijn. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een van de maatschappij of de zorgverlener te vorderen vergoeding.

4. **Wanbetaling**

Als na de uitkeringsbrief betaling uitblijft, volgt nog een aanmaning. Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn.

Een ingebrekestelling door de maatschappij is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de maatschappij is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de schorsing is de maatschappij bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

Artikel 10 Premiebetaling

Premiebetaling:

De verzekeringnemer is verplicht de premie, de bijdragen die voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen, vooruit te betalen, binnen 30 dagen nadat deze verschuldigd worden.

Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de verzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de dag van wijziging te (her-)berekenen c.q. te restitueren. Het is verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van verzekeraar te vorderen vergoeding.

In geval van overlijden van de verzekerde, dan wel na ontvangst door de verzekeraar van de mededeling van de inschrijving als ziekenfondsverzekerde, vindt desgevraagd verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum, dan wel de dag volgend op de datum van ontvangst van het bewijs van inschrijving als ziekenfondsverzekerde

Premieheffingen

Naast de premie worden eveneens in rekening gebracht de fiscale heffingen (assurantiebelasting) die verzekerden, die buiten Nederland wonen, aan het buitenland verschuldigd zijn, en die moeten worden afgedragen door de verzekeraar.

Schorsing:

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan de verzekeraar schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen onder mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden of medische behandelingen welke het gevolg zijn van ziekte, kwalen of gebreken die zijn ontstaan of waarvan zich verschijnselen gedurende deze periode hebben voorgedaan. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie 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.

Behoudens in geval van beëindiging wordt de dekking weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door de verzekeraar zijn ontvangen.

Indien sprake is van een in artikel 12 lid e of f vermelde omstandigheid bestaat eerst recht op restitutie van premie vanaf het moment waarop de maatschappij hieromtrent schriftelijk bericht verzegeld van bewijsdocumenten door verzekeringnemer/verzekerde heeft ontvangen.

Artikel 11 Wijziging van de premie en/of voorwaarden

De maatschappij heeft het recht de premie en/of voorwaarden van bepaalde groepen verzekeringen en-bloc te wijzigen. Behoort deze verzekering tot die groep, dan is zij gerechtigd de premie en/of voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aan te passen en wel met ingang van de eerstvolgende premievervaldag na invoering van de wijziging.

Verzekeringnemer wordt van de wijziging in kennis gesteld en wordt geacht hiermee te hebben ingestemd, tenzij hij binnen 30 dagen na de premievervaldag aan de maatschappij schriftelijk het tegendeel heeft bericht. In dat laatste geval eindigt deze verzekering op de eerstgenoemde vervaldag.

De mogelijkheid van opzegging van deze verzekering door verzekeringnemer geldt niet indien:

- de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen en bepalingen;
- de wijziging van de premie voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde wiens leeftijd bepalend is voor de premie;
- de premie wordt verhoogd binnen de door de overheid daaraan gestelde grenzen;
- de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;
- de wijziging een uitbreiding van de dekking met een niet hogere premie inhoudt.

Artikel 12 Einde van de verzekering

Deze verzekering eindigt bij opzegging door verzekeringnemer tegen het einde van een op het polisblad genoemde termijn, mits de opzegging schriftelijk geschiedt en een termijn van tenminste twee maanden in acht wordt genomen.

Een éénmaal door de maatschappij geaccepteerde verzekering kan door haar nimmer worden opgezegd, behalve in de navolgende gevallen:

- indien verzekeringnemer zijn verplichting tot premiebetaling, zoals omschreven in artikel 10, niet nakomt en de maatschappij om die reden deze verzekering op een door haar te bepalen tijdstip opzegt;
- indien verzekeringnemer de wijziging van premie en/of voorwaarden overeenkomstig artikel 11 weigert;
- indien sprake is van omstandigheden als omschreven in artikel 2 op een door haar te bepalen tijdstip.
- bij aangetoonde fraude.

De verzekering eindigt voor de betreffende verzekerde automatisch:

- op het moment waarop deze zich in het buitenland vestigt;
- op de datum waarop de maatschappij de schriftelijke mededeling ontvangt dat deze verplicht verzekerde is (geworden) ingevolge de Ziekenfondswet of Publiekrechtelijke Ziektekostenverzekering voor Ambtenaren. Aan deze schriftelijke mededeling dient de verzekerde een bewijs te hechten waaruit zijn inschrijving blijkt;
- op de eerste van de maand waarin deze de 65-jarige leeftijd bereikt, met inachtneming van het bepaalde in artikel 14.

OVERIGE BEPALINGEN**Artikel 13 Gevolgen van het bereiken van de 28-jarige leeftijd van een verzekerde**

Voor deze verzekering is voor niet meer dan 3 ongehuwde kinderen tot 28 jaar, behorend tot het verzekerde gezin, premie verschuldigd.

Voor kinderen, die tijdens de geldigheidsduur van de verzekering de 28-jarige leeftijd bereiken, is de verzekering met ingang van het kalenderjaar na het bereiken van die leeftijd niet meer van kracht.

Tegelijkertijd worden zij tegen de dan geldende premie en eigen risico voor alleenstaanden, zonder selectie, zelfstandig verzekerde, zulks met inachtneming van het gestelde in artikel 9.

Artikel 14 Gevolgen van het bereiken van de 65-jarige leeftijd van een verzekerde

Per de eerste van de maand waarin een verzekerde de 65-jarige leeftijd bereikt wordt deze verzekering ten behoeve van die verzekerde automatisch beëindigd. Gelijktijdig wordt voor de desbetreffende verzekerde een Standaardpakketpolis zoals vastgesteld krachtens de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekering (WTZ) - afgegeven.

Verzekeringnemer wordt omtrent dit voornemen vooraf door de maatschappij geïnformeerd. Verzekeringnemer heeft alsdan het recht deze verzekering voor de betreffende verzekerde als aanvullende verzekering op de Standaardpakketpolis voort te zetten tegen de op dat moment daarvoor geldende premie, mits de maatschappij de wens daartoe binnen 30 dagen na de datum, waarop verzekeringnemer van dit voornemen in kennis is gesteld, heeft ontvangen.

Verzekeringsvoorwaarden ZDL02

Zorg DeLuxe'02

Artikel 15 Premievrijstelling

Er geldt een premievrijstelling:

- a. bij overlijden van de verzekeringsnemer voor de gehele polis van maximaal 3 jaar, indien minimaal 1 meeverzekerd kind jonger is dan 16 jaar;
- b. van maximaal 1 jaar voor de gehele polis na 52 weken volledige arbeidsongeschiktheid van de verzekeringsnemer.
Als er tevens minimaal 1 meeverzekerd kind jonger is dan 16 jaar, geldt de premievrijstelling voor maximaal 3 jaar. De arbeidsongeschiktheid moet aangetoond worden door middel van een wettelijke beschikking of de beschikking van een particuliere verzekeringsmaatschappij.

Artikel 16 Kennisgeving

De verzekeringnemer is verplicht binnen een maand aan de verzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enige andere publiekrechtelijke regeling, verhuizing, huwelijk, samenwoning, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d.

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

PERSOONSREGISTRATIE

Persoonsgegevens die de verzekeringsnemer en/of de verzekerde verstrekt bij de aanvraag of wijziging van een verzekering worden door de maatschappij of een andere tot Fortis Ziektelkostenverzekeringen NV. behorende maatschappij verwerkt voor het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten of andere financiële diensten en het beheren van de relaties die daaruit voortvloeien. De door de verzekeringsnemer aangeleverde gegevens worden tevens gebruikt bij het voorkomen en bestrijden van fraude en voor activiteiten gericht op de vergroting van ons klantenbestand. Deze laatstgenoemde activiteiten vinden in principe via uw verzekeringsadviseur plaats, omdat de distributie van de producten en diensten van de maatschappij via deze adviseur verloopt.

Op de verwerking van de persoonsgegevens is de gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen" van toepassing. In deze gedragscode worden de rechten en plichten van partijen bij de verwerking van gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst kunt u opvragen bij het informatiecentrum van het Verbond van Verzekeraars, Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon (070) 333 87 77.

TOEPASSELIJK RECHT EN KLACHTEN

1. Toepasselijk recht

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

2. Klachten

a. Intern klachtenbureau

Klachten die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst kunnen worden voorgelegd aan het interne klachtenbureau van de maatschappij.

b. Ombudsman Zorgverzekeringen

Wanneer het oordeel van de maatschappij voor de verzekerde niet bevredigend is, kan deze zich wenden tot de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist. Telefoon: (030) 698 83 60.

c. De rechter

Wanneer verzekerde geen gebruik wil maken van de klachtenbehandelingsmogelijkheden, of de behandeling of uitkomst niet bevredigend vindt, kan hij het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.