



2002

Collectieve Ziektekostenverzekering Model 101

Algemene voorwaarden

Deze voorwaarden dienen te worden gezien in samenhang met:

- de overeenkomst;
- het polisblad;
- het Overzicht van Vergoedingen;
- het premietarief;
- de eventuele wijzigingen van c.q. aanvullingen op de Algemene voorwaarden Collectieve Ziektekostenverzekering;
- het aanvraagformulier, met de door de deelnemer of de verzekerde al dan niet eigenhandig geschreven mededelingen en eventuele schriftelijke gegevens die door de deelnemer of de verzekerde afzonderlijk zijn verstrekt. Deze gegevens worden geacht met de polis één geheel uit te maken en dienen als grondslag van de verzekering.

Inhoudsopgave	1 Begripsomschrijvingen	blz. 2
	2 Omvang van de dekking De beschrijving van de verzekerde onderdelen	blz. 4
	3 Uitsluitingen De beschrijving van de niet verzekerde onderdelen	blz. 8
	4 Schade Verplichtingen van de deelnemer, specificatie van de nota's, vaststelling van vergoeding en wijze van uitkering	blz. 9
	5 Premie Premiebetaling, premievaststelling	blz.10
	6 Wijzigingen Meeverzekering, herziening voorwaarden en/of premies door de maatschappij, wijzigingen op grond van overheidsmaatregelen, wijzigingen op verzoek van de deelnemer	blz.10
	7 Duur, beëindiging en voortzetting van de verzekering	blz.11
	8 Slotbepaling	blz.12
	Trefwoordenlijst	blz.12
Bescherming persoons- gegevens	De bij de aanvraag of wijzigen van een verzekering verstrekte persoonsgegevens worden door AXA Zorg N.V. verwerkt ten behoeve van het aangaan en het uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en/of financiële diensten en het beheren van daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en het uitvoeren van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand.	
Nederlands recht	Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlandse recht van toepassing.	
Klachten- behandeling	Voor klachten naar aanleiding van de verzekeringsovereenkomst kunt u zich schriftelijk wenden tot: - de directie van AXA Zorg N.V.; - de contractant (zie artikel 8, Slotbepaling); Wanneer het oordeel van de maatschappij voor u niet bevredigend is kunt u zich, onverminderd het beroep op de burgerlijke rechter, wenden tot de Ombudsman Zorgverzekering of de Raad van Toezicht Verzekeringen, beide werkzaam binnen Stichting Klachteninstituut Verzekeringen Postbus 93560 2509 AN Den Haag Telefoon 070 - 333 89 99	

ARTIKEL 1 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

- 1.1 Audiologisch centrum**
Een in Nederland gelegen centrum dat door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten voor de toepassing van audiologische zorg.
- 1.2 AWBZ**
De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
- 1.3 Bijkomende kosten**
De neventarieven die door de instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht.
- 1.4 Centrum voor bijzondere tandheelkunde**
Een universitair 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.
- 1.5 Centrum voor erfelijkheidsadvies**
Een in Nederland gelegen instelling die door de overheid is toegelaten voor de toepassing van klinisch-genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.
- 1.6 Contractant**
De rechtspersoon of natuurlijk persoon waarmee de overeenkomst van ziektekostenverzekering is aangegaan.
- 1.7 Deelnemer**
De actieve of post-actieve medewerker van contractant op wiens naam het polisblad is gesteld.
- 1.8 Ergotherapeut**
Een in Nederland gevestigde ergotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
- 1.9 Farmaceutische zorg**
De bij ministeriële regeling aangewezen
- 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 in Nederland mogen worden afgeleverd, niet zijnde geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1 van het Besluit homeopathische farmaceutische producten;
 - bloedproducten als bedoeld in de Wet inzake bloedtransfusie;
 - polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten;
 - verbandmiddelen in geval van een ernstige aandoening waarbij een langdurige behandeling met deze middelen is aangewezen.
- 1.10 Fysiotherapeut**
Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 1.11 Groepscollectiviteit**
Een collectieve ziektekostenverzekering voor personen, die door een gemeenschappelijke factor met elkaar verbonden zijn, zoals een overkoepelend orgaan, franchise-organisatie, beroepsorganisatie, instelling of vereniging.
- 1.12 Huisarts**
Een in Nederland in de woonplaats of verblijfplaats van de verzekerde of in de naaste omgeving daarvan gevestigde arts die als huisarts is ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en als zodanig de normale huisartsenpraktijk uitoefent.
- 1.13 Hulpmiddelen**
De middelen die in de Uniforme Regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland zijn opgenomen.
- 1.14 Jaar**
Kalenderjaar.
- 1.15 Kaakchirurg**
Een in Nederland gevestigde tandarts die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.
- 1.16 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 Genootschap voor Fysiotherapeuten.
- 1.17 Kraamzorg**
De zorg verleend door een kraamverzorg(st)er, waarbij deze ten huize van de verzekerde verblijft en zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt.
- 1.18 Laboratoriumonderzoek**
Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium dat door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig is toegelaten.
- 1.19 Logopedist**
Een in Nederland gevestigde logopedist die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
- 1.20 Maatschappij**
AXA Zorg N.V., gevestigd te Utrecht.
- 1.21 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 is ingeschreven in het register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapeuten.
- 1.22 Medisch adviseur**
De arts die de maatschappij in medische aangelegenheden adviseert.

- 1.23 Medische zorg**
De verpleging en verzorging, onderzoek of zorg volgens algemeen in de kring der begroepsgroep gebruikelijke overwegingen.
- 1.24 Mondhygiënist**
Een in Nederland gevestigde mondhygiënist die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
- 1.25 Oefentherapeut Mensendieck/Cesar**
Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Mensendieck/Cesar die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
- 1.26 Ongeval**
Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van verzekerde, van buitenaf en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar letsel is veroorzaakt.
- 1.27 Opname**
Een ononderbroken verblijf in een ziekenhuis gedurende tenminste 24 uur, indien en zolang op medische gronden verpleging en verzorging, onderzoek of zorg uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl behandeling door een medisch specialist of een kaakchirurg noodzakelijk moet zijn.
- 1.28 Orthodontist**
Een in Nederland gevestigde tandarts die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.
- 1.29 Overzicht van Vergoedingen**
Het overzicht waarin alle ter verzekering te aanvaarden kosten van medische zorg zijn omschreven en waarin de vergoedingspercentages en -bedragen vermeld zijn.
- 1.30 Polisblad**
Het bewijs waarin onder meer is aangetekend wie als deelnemer optreedt, welke personen verzekerd zijn, alsmede welke dekkingsmogelijkheid is verzekerd.
- 1.31 Revalidatie**
Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een aan een door de bevoegde overheidsinstantie erkende instelling voor revalidatie verbonden multidisciplinair team van deskundigen onder leiding van een specialist.
- 1.32 Specialist**
Een in Nederland gevestigde arts die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
- 1.33 Tandarts**
Een in Nederland gevestigde tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.
- 1.34 Tandheelkundige gezondheidsverklaring**
De verklaring van tandheelkundige gezondheid welke volledig conform de door onze maatschappij in overleg met de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde opgestelde tekst door de behandelende tandarts ingevuld en ondertekend per verzekerde moet worden ingediend.
- 1.35 Tandprotheticus**
Een in Nederland gevestigde tandprotheticus die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.
- 1.36 Verloskundige**
Een in Nederland gevestigde verloskundige die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.
- 1.37 Verpleegkundige**
Een verpleegkundige die als zodanig staat geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie.
- 1.38 Verzekerde(n)**
- De deelnemer en diens echtgeno(o)t(e), kinderen, stief-, pleeg- en/of adoptiekinderen.
- Andere personen die in gezinsverband wonen met de deelnemer voor zover deze personen door de maatschappij zijn geaccepteerd, eventueel tegen een nader overeen te komen premie.
- 1.39 Zelfstandig behandelcentrum**
Een in Nederland gelegen centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling) dat als zodanig door de bevoegde overheid is toegelaten.
- 1.40 Ziekenhuis**
Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken die als ziekenhuis of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten.
- 1.41 Zorgverzekeraars Nederland**
De brancheorganisatie van zorgverzekeraars in Nederland, Postbus 520, 3700 AM Zeist.

ARTIKEL 2 OMVANG VAN DE DEKKING		Zie Overzicht van Vergoeding en in rubriek:
2.0	<p>Algemeen De maatschappij vergoedt de kosten van de hierna genoemde, in Nederland ondergane, medische behandelingen. Deze behandelingen worden vergoed conform de in Nederland van toepassing zijnde voorwaarden en indicatiestellingen op basis van het door of namens de maatschappij met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien geen tarief is overeengekomen, vergoedt de maatschappij de kosten op basis van het alsdan rechtsgeldige tarief.</p> <p>Deze voorwaarden hebben betrekking op alle bij de maatschappij verzekerbare rubrieken terzake van kosten van medische zorg, zoals omschreven in deze Voorwaarden en in het Overzicht van Vergoedingen. Echter, voor de van toepassing zijnde dekking zijn bepalend:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de op het polisblad vermelde verzekerde rubrieken; - de in het Overzicht van Vergoedingen vermelde maxima. 	
2.1	<p>Ziekenhuisopname voor onbepaalde duur Vergoed worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de kosten van verpleging. Indien de verpleging plaatsvindt in een hogere klasse dan de verzekerde klasse, wordt het liggeld vergoed op basis van het tarief van de klasse waarvoor men verzekerd is; - de kosten van medisch-specialistische zorg; - de bijkomende kosten, voorzover deze naast de kosten van verpleging in rekening gebracht mogen worden. 	1.1
2.2	<p>Ziekenhuisopname in bijzondere gevallen</p>	
2.2.1	<p><i>Gezonde zuigeling, zieke moeder</i> Indien een (mee)verzekerde zuigeling vanwege de verpleging van de moeder in het ziekenhuis moet blijven, worden de verpleegkosten (A005) van de zuigeling vergoed, zolang de zuigeling de leeftijd van zes weken nog niet heeft bereikt.</p>	
2.2.2	<p><i>Zieke zuigeling, gezonde moeder</i> Indien een (mee)verzekerde moeder vanwege de verpleging van de pasgeboren zuigeling in het ziekenhuis wil blijven, worden de verpleegkosten (A004) vergoed voor een periode van maximaal 8 dagen.</p>	
2.2.3	<p><i>Transplantatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Donororganen</i> Voor vergoeding komen uitsluitend in aanmerking de kosten van de transplantatie van de in het Overzicht van Vergoedingen met name genoemde (donor)organen, alsmede de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). - <i>Donorkosten</i> Vergoed worden de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor de donor is verzekerd, in het ziekenhuis waarin de donor ter selectie of ter verwijdering van transplantatiemateriaal is opgenomen, mits deze opname verband houdt met de betreffende onder de vergoeding vallende transplantatie. 	1.2 1.3
2.3	<p>Revalidatie Vergoed worden de kosten van revalidatie. Revalidatie kan plaatsvinden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in een klinische situatie (opname). Deze kosten komen voor vergoeding in aanmerking als van de revalidatie gepaard gaande met meerdaagse opname, spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan van revalidatie zonder opname; - in een poliklinische situatie (revalidatie-behandeluur). <p>Hierop bestaat aanspraak indien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat en - de verzekerde met de zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die gegeven diens beperkingen redelijkerwijs mogelijk is. <p>Vergoeding van deze kosten vindt uitsluitend plaats wanneer door of namens de verzekerde bij de maatschappij tijdig en vooraf schriftelijk toestemming is gevraagd voor opname en/of behandeling en wanneer de maatschappij deze toestemming heeft verleend. De aanvraag voor behandeling dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Dit behandelplan dient tenminste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.</p>	1.4 5.2
2.4	<p>Aanvullende thuiszorg Ter vervanging van, ter bekorting van, in afwachting van of in aansluiting op een opname in een (algemeen of academisch) ziekenhuis kunnen de kosten van thuiszorg na toestemming door de maatschappij worden vergoed. Voorwaarde is dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deze zorg uitsluitend wordt verstrekt voorafgaand aan of in directe aansluiting op - of in de plaats komt van - de opname en tevens verband houdt met dezelfde aandoening als de geldende opname-indicatie voor het verblijf in het ziekenhuis en - deze zorg een aanvulling is op de zorg die reeds op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) wordt verleend. <p>Vergoed worden de kosten voor de verpleegkundige zorg ten huize van de verzekerde, welke zorg verband houdt met die aandoening waarvoor zowel de medische noodzaak tot opname, specialistische behandeling als verblijf in het ziekenhuis aanwezig is.</p>	2.2
2.5	<p>Dagverpleging Vergoed worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de kosten van het verblijf in een ziekenhuis verband houdend met medisch-specialistische behandeling of onderzoek; - de bijkomende kosten; - het honorarium van de medisch specialist. 	1.5
2.6	<p>Niet-klinische medisch-specialistische zorg Vergoed worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de kosten van het honorarium van de medisch specialist voor de niet-klinische medisch-specialistische behandeling; - de bijkomende kosten. 	5.1
2.7	<p>Second opinion Vergoed worden de kosten voor het raadplegen van een andere medisch specialist terzake van de door de behandelend medisch specialist gestelde diagnose of voorgestelde (operatieve) behandeling.</p>	1.7 & 5.10

2.8	Niet-klinische medisch-specialistische zorg in bijzondere gevallen	
2.8.1	<i>Donor</i> Vergoed worden de kosten van niet-klinische medisch-specialistische zorg tot maximaal 3 maanden na datum van ontslag uit het ziekenhuis, mits deze zorg verband houdt met de opname.	5.3
2.8.2	<i>Erfelijkheidsonderzoek</i> Vergoed worden de kosten van de zorg in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek op verwijzing van de huisarts of specialist. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten het onderzoek bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan tevens advisering plaatsvinden. De kosten van advisering aan andere personen dan de verzekerde(n) komen voor rekening van de verzekeraar van de onderzochte andere persoon of personen.	5.4
2.8.3	<i>Fertiliteitsbevorderende behandelingen</i> Vergoed worden de kosten van de in het Overzicht van Vergoedingen genoemde behandelingen.	5.5
2.8.4	<i>Zorg door een audiologisch centrum</i> Vergoed worden de kosten van audiologische zorg in een audiologisch centrum op voorschrift van de huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.	5.6
2.8.5	<i>Nierdialyse</i> Vergoed worden de kosten van nierdialyse, zowel in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) als bij verzekerde thuis. Bij thuisdialyse vindt ook vergoeding plaats van bepaalde niet-medische kosten, zoals huisaanpassingen en dergelijke, overeenkomstig de regeling die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld.	1.6
2.9	Zelfstandig behandelcentrum Hieronder worden verstaan de kosten van onderzoeken, niet-klinische medisch-specialistische zorg en operatieve ingrepen, uitgevoerd in een dergelijk behandelcentrum door een medisch specialist.	5.11
2.10	Ziekenvervoer	
2.10.1	<i>Ziekenvervoer bij opname en ontslag</i> Vergoed worden de kosten van ziekenvervoer (ambulance, helikopter, taxi of eigen auto), verband houdend met de opname of het ontslag van de verzekerde, indien geen gebruik kan worden gemaakt van het openbaar vervoer.	4
2.10.2	<i>Ziekenvervoer bij niet-klinische medisch-specialistische zorg</i> Vergoed worden de kosten van ziekenvervoer (ambulance, (rolstoel)taxi of eigen auto), verband houdend met niet-klinische medisch-specialistische zorg ten behoeve van de verzekerde, indien geen gebruik kan worden gemaakt van het openbaar vervoer.	8
2.10.3	De kosten van ziekenvervoer als genoemd bij 2.10 sub 1 en 2.10 sub 2 komen alleen voor vergoeding in aanmerking, indien de kosten van respectievelijk de opname of niet-klinische medisch-specialistische zorg geheel of gedeeltelijk door de maatschappij worden vergoed. Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van gebruik van het openbaar vervoer (bijvoorbeeld trein, metro, tram of bus).	4 & 8
2.11	Bevalling en kraamzorg (uitsluitend voor de op de polis (mee)verzekerde vrouw) Vergoed worden de kosten van bevalling in het ziekenhuis, in de polikliniek of thuis, alsmede de kosten van kraamzorg (door AXA Zorg N.V. geregelde kraamzorg of een contante uitkering) conform de regeling bevalling en kraamzorg. Deze regeling maakt onderdeel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar.	3
2.12	Medische zorg door de huisarts Vergoed worden de kosten van: - het honorarium van de huisarts; - laboratoriumonderzoeken; - bijzondere verrichtingen, zoals kleine chirurgische ingrepen.	6
2.13	Fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie	
2.13.1	<i>Fysiotherapie, oefentherapie</i> Vergoed worden kosten van fysiotherapie, manuele therapie en oefentherapie Mensendieck/Cesar uitgevoerd door een therapeut als omschreven in respectievelijk de artikelen 1.10, 1.16, 1.21 en 1.25 op voorschrift van de huisarts of de specialist. Indien na het bereiken van het door de maatschappij gestelde maximum aantal behandelingen de behandeling in verband met dezelfde aandoening moet worden voortgezet, dient hiertoe een verzoek aan de maatschappij te worden gedaan. Het verzoek tot voortzetting dient vergezeld te gaan van een verklaring van de huisarts of specialist waarin de reden van de voortzetting, alsmede het aantal en de frequentie van de te verwachten behandelingen is opgenomen. (zie ook artikel 3.2 sub 5.)	7
2.13.2	<i>Ergotherapie</i> De vergoeding omvat de kosten van advisering, instructie, training of behandeling gedurende maximaal het in het overzicht van vergoedingen vermelde aantal uren per kalenderjaar, uitgevoerd door een ergotherapeut als omschreven in artikel 1.8 in zijn behandelruimte of ten huize van verzekerde, op voorschrift van de huisarts of specialist. Het doel van de therapie is het bevorderen of herstellen van de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde.	7
2.14	Farmaceutische zorg	
2.14.1	<i>Geneesmiddelen</i> Vergoed worden de kosten van farmaceutische zorg, overeenkomstig de Uniforme regeling Farmaceutische Zorg zoals vastgesteld door Zorgverzekeraars Nederland, afgeleverd op voorschrift van een huisarts, specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige door een in Nederland gevestigde apotheker of een apotheekhoudend huisarts, tenzij de maatschappij anders bepaalt. Deze regeling maakt deel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar. Op de vergoeding van geneesmiddelen is het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS) van toepassing, tenzij in de Uniforme regeling Farmaceutische Zorg of door de maatschappij anders is bepaald. Dit betekent dat voor een aantal geneesmiddelen een limiet aan de vergoeding wordt gesteld. Indien de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vastgestelde vergoedingslimiet voor dat geneesmiddel, dan blijft het meerdere buiten de vergoeding van de kosten. (Zie ook artikel 3.2 sub 6.)	9 & 10
2.14.2	<i>Dieetpreparaten</i> De kosten van dieetpreparaten worden vergoed overeenkomstig de Uniforme regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, na toestemming vooraf door de maatschappij. Deze regeling maakt deel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar. Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis.	
2.14.3	<i>Verbandmiddelen</i> Verbandmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een zeer langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.	

2.15	Hulpmiddelen	
2.15.1	<i>Hulpmiddelen algemeen</i> Vergoed worden de kosten van aanschaf dan wel bruikleen, correctie, vervanging of herstel van medische hulpmiddelen voorgeschreven door de behandelend arts, overeenkomstig de maxima genoemd in de Uniforme regeling Hulpmiddelen zoals deze door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Deze regeling maakt onderdeel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar. (Zie ook artikel 3.2 sub 7.)	11
2.15.2	<i>Orthopedisch schoeisel</i> Vergoed worden de in het Overzicht van Vergoedingen vermelde eigen bijdragen op orthopedisch schoeisel.	11
2.15.3	<i>Overige hulpmiddelen</i> De kosten van de volgende hulpmiddelen kunnen (gedeeltelijk) worden vergoed: - orthopedische steunzolen op voorschrift van een arts indien deze zijn vervaardigd en geleverd door een orthopedisch instrumentmaker; - een contactlens of een brillenglas bij een sterkte van tenminste de in het overzicht van vergoedingen genoemde waarde. De kosten van reservecontactlenzen of -brillenglazen worden niet vergoed.	11
2.16	Tandheelkundige zorg	
2.16.1	<i>Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 20 jaar</i> Vergoed worden de kosten van de in het Overzicht van Vergoedingen genoemde behandelingen voor verzekerden jonger dan 20 jaar tot de aldaar genoemde vergoedingspercentages of maximumbedragen. (Zie ook artikel 3.2 sub 8.)	14
2.16.2	<i>Uitgebreide tandheelkundige zorg (facultatief te verzekeren rubriek 15 voor volwassenen en kinderen)</i> Acceptatie: Het recht op uitkering wordt van kracht na ontvangst van de Tandheelkundige Gezondheidsverklaring (TGV) voor elke verzekerde vanaf 9 jaar afzonderlijk en na acceptatie van dit risico door de maatschappij.	15
2.16.3	<i>Orthodontie</i> <i>Orthodontische zorg in bijzondere gevallen</i> Vergoed worden de kosten van de volgende behandelingen: - een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnatho- en/of palatoschisis); - een kaakorthopedische afwijking in boven- en/of onderkaak die uitsluitend door middel van een chirurgische behandeling (osteotomie) gecorrigeerd dient te worden en waarbij een kaak-orthopedische voor- of nabehandeling noodzakelijk is. Hierbij wordt de uitdrukkelijke voorwaarde gesteld dat de behandeling geschiedt door een orthodontist op advies van de tandarts of specialist. <i>Overige orthodontische behandelingen (gebitsregulatie)</i> Voor vergoeding komen in aanmerking de kosten van: - een orthodontische behandeling door een orthodontist op advies van de tandarts of specialist of - een orthodontische behandeling door een tandarts.	5.7
2.16.4	<i>Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen</i> Vergoed worden de kosten van tandheelkundige behandelingen in gevallen waarin een lichamelijke aandoening dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Hieronder wordt verstaan: - het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien is; - de behandeling van kaakgewrichtsafwijkingen (pijndisfunctiesyndroom), 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 tengevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect); - een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet in de bovenkaak (cheilo- en/of gnatho- en/of palatoschisis); - een uitgebreid defect aan de mond en/of kaak en/of aangezicht, eventueel na een voorafgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect). Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien: - de behandeling plaatsvindt in een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum; - de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist, en - de maatschappij op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door haar goed te keuren behandelingsplan, vooraf toestemming heeft gegeven.	5.8
2.16.5	<i>Implantaten</i> Vergoed worden de kosten van tandheelkundige implantaten, alsmede de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak, doch uitsluitend indien: - de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak; - de implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese; - de implantaten door een kaakchirurg worden ingebracht; - de maatschappij op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door haar goed te keuren behandelingsplan, vooraf toestemming heeft gegeven. Geen toestemming wordt gegeven 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 ziekenhuiskosten. Niet vergoed worden de kosten van het aanbrengen van de suprastructuur op de implantaten en de (overkappings)prothese. (Zie ook artikel 3.2 sub 8.)	5.9
2.17	Buitenland	
2.17.1	<i>Reguliere buitenlanddekking</i> Tijdens verblijf buiten Nederland van niet langere duur dan het in het Overzicht van Vergoedingen bij rubriek 13.1 genoemde aantal maanden, is de verzekering ook buiten Nederland van kracht voor de kosten van medische zorg zoals vermeld in rubriek 13 van het Overzicht van Vergoedingen. (Zie ook artikel 3.2 sub 9.)	13.1

<p>2.17.2 Uitgebreide buitenlanddekking Voor de naar het buitenland uitgezonden deelnemer en de eventueel meeverzekerde gezinsleden die voor een langere dan de in het Overzicht van Vergoedingen vermelde termijn in het buitenland verblijven, zijn tegen betaling van een premietoeslag de polisvoorwaarden volledig van toepassing. De premietoeslag wordt in rekening gebracht voor de periode beginnend op de dag van vertrek naar het buitenland en eindigend op het moment waarop de maatschappij schriftelijk in kennis is gesteld van de dag van terugkomst van de verzekerde(n). (Zie ook artikel 3.2 sub 9.)</p>	
<p>2.17.3 AXA Assistance Naast vergoeding voor de verzekerde kosten van medische zorg, heeft de verzekerde recht op bemiddeling of bijstand door AXA Assistance te Amsterdam. Een opname in een ziekenhuis in het buitenland dient <i>altijd vooraf</i> te worden gemeld aan AXA Assistance, die naast de bemiddeling voor doormelding van de opname aan AXA Zorg N.V. zal zorgdragen. Wordt hieraan niet voldaan, dan bestaat geen recht op de vergoeding van de kosten.</p>	13
<p>2.17.4 Niveau van de vergoeding a De vergoeding zal in Nederland zal worden uitgekeerd in Nederlandse courant, met inachtneming van de omrekenkoers op de dag van uitkering. b De vergoeding zal worden berekend over de bedragen die volgens de ter plaatse geldende normen algemeen in rekening worden gebracht. c Voor aanvullende klasseverzekeringen geldt de bepaling dat bij opname in een ziekenhuis de kosten die het verschil vormen tussen de kosten in de verzekerde klasse en die in de laagste klasse voor vergoeding in aanmerking komen.</p>	
<p>2.17.5 Grensgangersregeling a Voor verzekerden woonachtig in Nederland op een afstand van maximaal 40 kilometer van de grens van Nederland met België of met Duitsland, is de verzekering eveneens van kracht in dat deel van België of Duitsland dat ligt binnen een straal van 40 kilometer gerekend vanaf de dichtstbijzijnde grensovergang bij de woonplaats van de verzekerde. b In afwijking van het gestelde in artikel 2.17 sub 4 lid b zal vergoeding worden verleend tot maximaal de kosten welke conform de op het polisblad verzekerde rubrieken bij behandeling of ziekenhuisverpleging binnen Nederland vergoed zouden worden.</p>	
<p>2.17.6 Repatriëringsregeling Voor de naar het buitenland uitgezonden deelnemer en de meeverzekerde gezinsleden die voor een langere dan de in het Overzicht van Vergoedingen vermelde termijn in het buitenland verblijven, is een repatriëringsregeling van toepassing indien uitgebreide buitenlanddekking zoals omschreven in artikel 2.17.2 op de polis is meeverzekerd. Deze repatriëringsregeling omvat een vergoeding tot maximaal het in het Overzicht van Vergoedingen vermelde bedrag per gezin per kalenderjaar voor: - de reiskosten van verzekerde, indien op medische gronden opname en verpleging in het moederland van de betrokken verzekerde noodzakelijk of aan te bevelen is. - de reiskosten van de overige meeverzekerde gezinsleden, indien bij de verzekerde acuut levensgevaar bestaat, of indien vaststaat dat de opname en verpleging van de verzekerde in het moederland van de betrokken deelnemer twee maanden of langer gaat duren.</p>	
<p>2.18 Alternatieve geneeswijzen</p>	16.1
<p>2.18.1 Alternatieve artsen Vergoed worden de kosten van consulten en behandelingen door een van de in het Overzicht van Vergoedingen bedoelde artsen conform de aldaar vermelde regeling.</p>	16.2
<p>2.18.2 Alternatieve therapeuten Vergoed worden de kosten van consulten en behandeling door een therapeut die alternatieve geneeswijzen beoefent en die tevens lid is van een specifiek voor deze behandelwijze bestaande beroepsvereniging.</p>	16.3
<p>2.18.3 Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen Vergoed worden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen zoals omschreven in de Taxe (de lijst van de in Nederland geregistreerd staande geneesmiddelen) onder het hoofdstuk homeopathie, mits deze geneesmiddelen door de in rubriek 16.1 van het Overzicht van Vergoedingen bedoelde artsen zijn verstrekt of op voorschrift van een dergelijk arts zijn geleverd door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudend arts.</p>	1.8 & 5.12
<p>2.19 Zorgmanagement Zorgmanagement is een integrale dienstverlening waarbij op verzoek van de verzekerde de benodigde medische zorg wordt georganiseerd. Deze dienstverlening omvat onder meer: - wachtlijstbemiddeling door de afdeling Zorgmanagement; - toegang tot de Zorgwijzer (www.axa.nl) waarop: - informatie wordt verstrekt omtrent actuele ontwikkelingen op het terrein van de zorgverzekering (ondermeer wet- en regelgeving); - gezondheidsvragen worden beantwoord en -adviezen worden gegeven.</p>	12
<p>2.20 Premievrijstelling gedurende één jaar bij overlijden van de deelnemer</p>	
<p>2.20.1 Bij overlijden van de deelnemer vóór het bereiken van de 65-jarige leeftijd zal de verzekering gedurende één jaar premievrij kunnen worden voortgezet voor de echtgeno(o)t(e) en de overige alsdan meeverzekerde personen mits en zolang deze laatsten de leeftijd van 27 jaar niet hebben bereikt en mits en zolang dezen ongehuwd zijn.</p>	
<p>2.20.2 De premievrije voortzetting gaat in per de eerste januari van het jaar volgend op het jaar van overlijden van de deelnemer en eindigt op 31 december daaraanvolgend.</p>	
<p>2.20.3 Tijdens de periode van premievrije voortzetting is het niet mogelijk anders dan op initiatief van de maatschappij de dekking van deze ziektekostenverzekering te verhogen of uit te breiden.</p>	
<p>2.21 Premievrije voortzetting gedurende 10 jaar bij overlijden van de deelnemer (facultatief te verzekeren)</p>	
<p>2.21.1 Acceptatie: Meeverzekering van de facultatief te verzekeren premievrije voortzetting geschiedt altijd op selectie-basis en kan tot de 55-jarige leeftijd worden aangevraagd door de deelnemer.</p>	
<p>2.21.2 Uitkering: a Bij overlijden van de deelnemer vóór het bereiken van de 65-jarige leeftijd zal de onderhavige verzekering premievrij kunnen worden voortgezet. De premievrije voortzetting loopt vanaf 1 januari van het jaar volgend op het jaar van overlijden van de deelnemer en eindigt: - tien jaar nadat de premievrije voortzetting is ingegaan of - op de eerste januari van het jaar volgend op het jaar waarin de deelnemer 65 jaar zou zijn geworden of - per de datum waarop de collectieve overeenkomst wordt beëindigd.</p>	

- b Premievrije voortzetting is van toepassing voor de echtgeno(o)t(e).
- c Premievrije voortzetting is ook mogelijk voor de overige meeverzekerde personen mits en zolang dezen de leeftijd van 27 jaar niet bereikt hebben en mits en zolang dezen ongehuwd zijn.
- Indien de verzekerde tijdens de duur van de premievrije voortzetting de 27-jarige leeftijd bereikt, zal deze automatisch van de polis worden afgevoerd per de eerste januari van het jaar volgend op het jaar waarin de leeftijd van 27 jaar werd bereikt.
 - Indien een verzekerde in het huwelijk treedt tijdens de duur van de premievrije voortzetting, zal deze automatisch van de polis worden afgevoerd per de eerste januari van het jaar volgend op het jaar waarin de verzekerde in het huwelijk trad.
- In het laatste geval dient de maatschappij hiervan schriftelijk op de hoogte te worden gesteld. Voor verzekerde bestaat in beide situaties de mogelijkheid om binnen een maand na uitschrijving een afzonderlijke verzekering aan te gaan op basis van non-selectie, met dien verstande dat een hogere dekking als welke op de voorafgaande verzekering was verleend, alleen mogelijk is op basis van selectie.
- d De premievrije voortzetting heeft alleen betrekking op de premie. Wettelijke heffingen zijn te allen tijde voor rekening van de verzekerden.
- e Tijdens de periode van premievrije voortzetting is verhoging of uitbreiding van de dekking, anders dan op initiatief van de maatschappij, alleen mogelijk op selectie-basis. De eventuele meerpremie als gevolg van een uitgebreidere dekking komt niet voor premievrije voortzetting in aanmerking.
- f Bij toetreding tot de verplichte verzekering kan eventueel de klasseverzekering premievrij worden voortgezet tot de van toepassing zijnde einddatum conform artikel 2.21 sub 2 lid a.
- g De echtgeno(o)t(e) van de deelnemer kan binnen een maand na diens overlijden ook verzoeken de waarde van de vrij te stellen premies in één bedrag uit te keren. Deze uitkering belooft ten hoogste het bedrag dat gevormd wordt door het aantal jaren waarop krachtens artikel 2.21 sub 2 lid a recht op premievrije voortzetting bestaat. Dit eenmalige bedrag bestaat uit dit aantal jaren vermenigvuldigd met de premie (exclusief de toeslag voor de premievrije voortzetting) op jaarbasis welke per ingangsdatum van de premievrije periode onder normale omstandigheden bij voortzetting van de verzekering in rekening zou worden gebracht.

2.22 Rechtsbijstand bij schade door medische onregelmatigheden

Er bestaat aanspraak op 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 worden vergoed.

De rechtsbijstand wordt verleend door de N.V. D.A.S. Nederlandse Rechtsbijstand Verzekering-maatschappij, wier algemene voorwaarden voor rechtsbijstandsverzekering van toepassing zijn.

Deze voorwaarden zijn op aanvraag verkrijgbaar bij de maatschappij.

Bij noodzakelijk gebleken inschakeling van externe deskundigen geldt het in rubriek 17 van het Overzicht van Vergoedingen genoemde maximumbedrag per schadegeval.

Een schade wordt gemeld aan de maatschappij, die voor onverwijld doormelding aan de N.V. D.A.S. zorgdraagt.

De aanspraak op rechtsbijstand vervalt bij melding van een schade later dan 1 jaar na het einde van de rechtsbijstanddekking.

De rechtsbijstanddekking draagt een aanvullend karakter. Het bepaalde in artikel 3.1 sub 1 van deze voorwaarden is van overeenkomstige toepassing.

17

ARTIKEL 3 UITSLUITINGEN

3.1 Algemene uitsluitingen

3.1.1 Uitdrukkelijk wordt bepaald, dat geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt indien en voorzover - *zo de in deze voorwaarden bedoelde verzekering niet bestond* - door de deelnemer of de verzekerde aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten kan worden gemaakt krachtens:

- een wettelijk geregelde verzekering, zoals de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
- een regeling van overheidswege;
- een subsidieregeling;
- een andere overeenkomst.

3.1.2 De eigen bijdrage(n) zoals verschuldigd krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die bij bevolkingsonderzoek komen, tenzij anders is overeengekomen, niet voor vergoeding in aanmerking. Dergelijke bijdragen kunnen niet worden aangemerkt als kosten in de zin van deze polis.

3.1.3 Tenzij uitdrukkelijk schriftelijk anders is overeengekomen, hebben niet-Nederlands ingezetenen geen recht op vergoeding van kosten welke voor Nederlands ingezetenen voor rekening van de AWBZ zouden komen.

3.2 Uitsluitingen ten aanzien van de omvang van de dekking

Geen verplichting tot uitkering bestaat voor:

3.2.1 Kosten die niet gemaakt worden ter genezing van een ziekte-toestand, zoals bijvoorbeeld voor keuringen en attesten.

3.2.2 Kosten van *vorm- en/of aspectveranderende behandelingen van het uiterlijk* waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van vermindering ten gevolge van een ongeval dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.

3.2.3 Kosten van *onderzoek, behandelingen en/of advies* in rekening gebracht door instituten, instellingen of stichtingen, zoals bijvoorbeeld voor:

- medisch-opvoedkundige kwesties;
- leerproblemen;
- psychologische kwesties;
- medische psychotherapie.

3.2.4 Kosten *ten gevolge van verzuimde afspraken*.

3.2.5 Kosten van *fysiotherapeutische zorg*, omvattend:

- zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek;
- sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- huur of aanschaf van apparaten, c.q. hulpmiddelen.

3.2.6 Kosten van *farmaceutische zorg*, omvattend:

- zelfzorggeneesmiddelen die zonder recept verkrijgbaar zijn;
- geneesmiddelen welke worden toegepast voor een indicatie waarvoor het geneesmiddel niet is geregistreerd;
- ongeregistreerde farmaceutische producten, tenzij de verzekerde lijdt aan een in Nederland zelden voorkomende ziekte. In dat geval is vooraf toestemming van de maatschappij noodzakelijk. Tevens dient de Hoofdinspecteur voor de Volksgezondheid toestemming voor invoer van dat farmaceutische product te hebben verleend voor het daarbij aangegeven doel.

Tenzij anders is overeengekomen, bestaat eveneens geen verplichting tot uitkering voor kosten van preventieve geneesmiddelen en vaccinaties ter voorkoming van ziekten in verband met een reis naar het buitenland.

- 3.2.7 Kosten van *hulpmiddelen*, omvattend:
- huur van toestellen en apparaten.

Tenzij anders is overeengekomen, bestaat eveneens geen verplichting tot uitkering voor kosten van hulpmiddelen die niet vermeld zijn in rubriek 11 van het Overzicht Van Vergoedingen.

- 3.2.8 Kosten van *tandheeskundige zorg*, omvattend:
- tandheeskundige zorg welke om esthetische redenen wordt verricht;
 - tandheeskundige zorg verband houdende met het inbrengen van implantaten in de kaak, behalve als artikel 2.16 sub 5 van toepassing is;
 - behandelingsadviezen en kosten in rekening gebracht voor gebitsregistratie;
 - kosten van de door een erkend tandprotheticus al dan niet onder eigen naam verrichte tandheeskundige behandelingen met uitzondering van de kosten van de vervaardiging of reparatie van volledige plaatprotheses;
 - door tandtechnici geleverde gebitten, vervaardigd na door hen verrichte behandelingen in de mond van de verzekerde.

- 3.2.9 Kosten van *zorg in het buitenland*, omvattend:
- een opname in een ander dan een algemeen (erkend) ziekenhuis;
 - een ziekenhuisopname voor zover deze een periode van 365 dagen te boven gaat;
 - het ziekenvervoer naar de woon- of verblijfplaats in Nederland;
 - zorg, waaronder een opname en/of medische behandeling die uitsluitend of mede het doel vormde van het verblijf in het buitenland.

In afwijking van het hierboven bepaalde worden de kosten van zorg in een lidstaat van de Europese Unie met inachtneming van de polisvoorwaarden - met uitzondering van de kosten van ziekenvervoer - vergoed conform het Overzicht van Vergoedingen als ware de zorg hier te lande verleend.

Terzake van ziekenhuisopname wordt verwezen naar het vermeldde in artikel 4.1.2. Voor zover toestemming is verleend, bestaat eveneens aanspraak op vergoeding van kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer van de woonplaats van verzekerde tot aan de dichtstbijzijnde plaats waar de behandeling normaler wijze in Nederland zou zijn geschied.

3.3 Uitsluitingen in bijzondere omstandigheden

Geen verplichting tot uitkering bestaat voor:

- 3.3.1 Kosten ontstaan door of in verband met een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, een en ander overeenkomstig de definities daarvan zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponeerd.
- 3.3.2 Kosten ontstaan als gevolg van kunstmatig opgewekte kernsplitsing, tenzij deze is aangewend bij de medische behandeling.

3.4 Verzwijging

- 3.4.1 Geen verplichting tot uitkering bestaat voor kosten in verband met ziekte of afwijkingen die reeds vóór of bij het aanvragen van de verzekering bestonden of klachten veroorzaakten, terwijl de deelnemer of de verzekerde daarvan op dat tijdstip kennis droeg of geacht kan worden daarvan kennis te hebben gedragen, tenzij anders is overeengekomen.
- 3.4.2 Op deze bepaling zal geen beroep worden gedaan indien de maatschappij door de deelnemer van deze ziekte of afwijking volledig in kennis is gesteld en de maatschappij schriftelijk heeft bevestigd dat het daaraan verbonden risico is geaccepteerd.

ARTIKEL 4 SCHADE

4.1 Verplichtingen van de deelnemer

De deelnemer is verplicht:

- 4.1.1 aan de maatschappij alle gewenste inlichtingen te verstrekken die nodig zijn voor de juiste uitvoering van de overeenkomst;
- 4.1.2 bij opname van een der verzekerden in een ziekenhuis of sanatorium:
- de maatschappij hiervan binnen drie dagen na vaststelling van de geplande datum van opname in kennis te stellen met behulp van het opnamemeldingsformulier, onder vermelding van de reden en de vermoedelijke duur van de opname. Bij een spoedopname dienen de bovenstaande gegevens binnen 48 uur aan de maatschappij ter kennis te worden gebracht;
 - de maatschappij in kennis te stellen van het feit dat de opname langer duurt dan de periode waarvoor een garantverklaring is afgegeven, uiterlijk op de dag dat de garantieperiode afloopt onder vermelding van de reden van de langere opnameduur;
- 4.1.3 op verzoek van de maatschappij een onderzoek door haar vertrouwensarts of -tandarts toe te staan, op de plaats waar en het tijdstip waarop de vertrouwensarts c.q. -tandarts dit wenselijk acht;
- 4.1.4 originele nota's betreffende in een bepaald jaar ontstane kosten (zie artikel 4.3. sub 3) binnen 12 maanden na afloop van dat jaar bij de maatschappij in te dienen;
- 4.1.5 er voor zorg te dragen dat de ingezonden nota's volledig van specificaties, zoals omschreven in artikel 4.2, zijn voorzien;
- 4.1.6 aan de maatschappij alle gewenste medewerking te verlenen in die gevallen waarin verzekerde aanspraken jegens derden kan doen gelden, opdat de maatschappij haar verhaalsrecht op grond van artikel 284 Wetboek van Koophandel kan uitoefenen.

Bij niet nakoming van deze hierboven genoemde verplichtingen kan geen aanspraak op vergoeding worden gemaakt.

4.2 Specificatie van de nota's

Uitsluitend originele nota's kunnen door de maatschappij ter uitkering worden geaccepteerd. Computernota's dienen door de hulpverlener/leverancier te zijn gewaarmerkt.

4.2.1 Alle nota's

Alle in te dienen nota's dienen van de volgende gegevens en toelichtingen te zijn voorzien:

- data van behandeling (bijvoorbeeld consulten, visites en verrichtingen);
- namen en geboortedata van de patiënten;
- de aard van de behandeling;
- de naam van de opdrachtgevende arts (indien van toepassing).

4.2.2 Nota's tandheeskundige zorg

De ingediende nota's voor tandheeskundige zorg dienen bovendien gespecificeerd te zijn conform de UPT-tarievenlijst.

4.2.3 Nota's farmaceutische zorg

Nota's van apotheek of apotheekhoudend arts dienen bovendien de volledige namen van de medicijnen, de data van levering, de hoeveelheden en het aantal recepten te bevatten.

4.3 Vaststelling van vergoeding en wijze van uitkering

- 4.3.1 Na ontvangst van de noodzakelijke gegevens en bescheiden zal de maatschappij de vergoeding vaststellen en hiervan aan de deelnemer schriftelijk mededeling doen. Ingediende stukken - zoals nota's, verwijfsbrieven e.d. - blijven, ook indien daarop geen uitkering wordt gedaan, in het bezit van de maatschappij en kunnen dus niet worden geretourneerd.
- 4.3.2 Uitbetaling van vergoedingsbedragen geschiedt in beginsel aan de deelnemer door middel van overschrijving op een giro- of bankrekening of via zijn tussenpersoon, tenzij op het declaratieformulier anders is aangegeven.
- 4.3.3. Kosten worden geacht te zijn gemaakt op het moment waarop de diensten zijn verleend of leveranties zijn gedaan. De datum waarop een nota is uitgeschreven, een betaling is gedaan of een declaratie is ingediend, wordt niet beschouwd als maatstaf voor het moment waarop de kosten zijn gemaakt.
- 4.3.4 Bepalend voor vaststelling van de hoogte van het eigen risico gedurende het kalenderjaar is de gezinssituatie op 1 januari van elk jaar. Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar is ingegaan, zullen de gemaximeerde uitkeringen en de overeengekomen eigen risico's bij het bepalen van de vergoeding als volgt worden vastgesteld:

Ingangsdatum van de polis	% van het eigen risico en/of bedrag van de gemaximeerde uitkering
in het 1e kwartaal	100%
in het 2e kwartaal	75%
in het 3e kwartaal	50%
in het 4e kwartaal	25%

Bij beëindiging van de polis wordt deze tabel omgekeerd evenredig toegepast.

- 4.3.5 Indien een opname in een ziekenhuis niet eindigt in het kalenderjaar waarin deze begon, is voor die opname slechts eenmaal een eventueel gekozen eigen risico van toepassing.
- 4.3.6 Indien op een polis zowel een procentueel eigen risico als een gekozen extra eigen risico van toepassing is, zal op de kosten van medische zorg eerst het procentueel eigen risico worden ingehouden, waarna het saldo met het gekozen extra eigen risico wordt verrekend.

ARTIKEL 5 PREMIE

5.1 Premiebetaling

- 5.1.1 Voor collectieve verzekeringen geldt dat de wijze van premiebetaling is vastgelegd in de tussen contractant en maatschappij gesloten overeenkomst.
- 5.1.2 Voor deelnemers aan groepscollectiviteiten gelden de navolgende bepalingen:
- a *Eerste premiebetaling*
De eerste premie is verschuldigd op de in het polisblad vermelde ingangsdatum van de verzekering. Het polisblad fungeert niet als kwijtingsbewijs voor deze eerste premie.
- b *Volgende premie(termijn)betalingen*
Volgende premie termijnen zijn bij vooruitbetaling verschuldigd op de overeengekomen vervaldagen. Indien na het verstrijken van een of meer vervaltijd(en) waarover de verschuldigde premie niet werd voldaan, de betaling wordt hervat, zal elke betaling die nadien ontvangen wordt, worden aangemerkt als betaling over de oudste openstaande termijn.
- c *Niet-betaling van premie termijnen*
- Bij niet-betaling van enige premie termijn binnen een maand nadat deze verschuldigd is geworden, is de maatschappij zonder dat enige ingebrekestelling nodig is, gerechtigd de verzekering op te schorten, welke opschorting geacht wordt te zijn ingegaan op de eerste dag van het tijdvak waarover de achterstallige premie was verschuldigd.
 - Ook over de periode van opschorting blijft premie verschuldigd en opeisbaar, zonder dat verzekerde zich op het recht van compensatie kan beroepen.
 - De verzekering wordt eerst weer van kracht op de dag nadat de verschuldigde premie en de voor de maatschappij door de inning ontstane kosten en de wettelijke rente zijn voldaan.
- d *Kosten verbonden aan inning van achterstallige premie*
De maatschappij heeft het recht naast de achterstallige premie, de aan de inning verbonden kosten en de wettelijke rente te vorderen of te doen invorderen.
- e *Herhaalde achterstallige premie*
Bij herhaalde achterstalligheid heeft de maatschappij, naast het recht ook de premie over het resterende deel van het tijdvak waarvoor de verzekering is aangegaan of nadien is voortgezet ineens en in haar geheel te vorderen of te doen invorderen, tevens het recht de verzekering per een door haar te bepalen datum te beëindigen.
- f *Opschorting van de verzekering*
De deelnemer kan geen aanspraak maken op vergoeding van kosten waartoe de noodzaak of verwachting om die te maken zich heeft geopenbaard in de periode dat de verzekering was opgeschort.
- g *Informatieverstrekking vervaldatum*
De maatschappij is niet verplicht de vervaldatum van een nieuwe premie termijn aan te kondigen of aan het uitblijven van een premie betaling te herinneren. De deelnemer zal zich daardoor op het ontbreken van zulke mededelingen niet kunnen beroepen.
- h *Premierestitutie*
Behoudens in bijzondere door de maatschappij te bepalen gevallen, vindt geen restitutie van premie plaats.

5.2 Premievaststelling

Voor de berekening van de pro-rata premie zal worden uitgegaan van de werkelijke ingangs-, beëindigings- of wijzigingsdatum van de verzekering.

ARTIKEL 6 WIJZIGINGEN

6.1 Meeverzekering

Voor kinderen geboren tijdens de duur van de verzekering, is de verzekering per de geboortedatum onmiddellijk en onverkort van kracht, mits het kind binnen twee maanden na de geboorte ter meeverzekering is aangemeld. Indien het kind bij aanmelding ouder is dan twee maanden, behoudt de maatschappij zich het recht voor de gezondheidstoestand op de gebruikelijke wijze te beoordelen. Voor het alsnog meeverzekeren van andere gezinsleden is het bepaalde in artikel 3.4 en artikel 7.1 van toepassing.

6.2 Herziening voorwaarden en/of premies door de maatschappij

De mogelijkheid tot herziening van voorwaarden en/of premies is neergelegd in de tussen contractant en maatschappij gesloten overeenkomst.

- 6.3 Wijzigingen op grond van overheidsmaatregelen**
De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing indien overheidsmaatregelen aanleiding zijn tot het aanbrengen van tussentijdse wijzigingen in deze Verzekeringsvoorwaarden, het Overzicht van Vergoedingen en het premietarief of tot het doorvoeren van heffingen.
- 6.4 Wijzigingen op verzoek van de contractant en/of de deelnemer**
- 6.4.1 Wijziging in de omvang van de dekking op verzoek van de contractant en/of de deelnemer, zoals:
- het invoeren, het doen vervallen of het wijzigen van een eigen risico;
 - het alsnog meeverzekeren of doen vervallen van een of meer onderdelen;
 - het wijzigen van de verzekerde klasse,
- is slechts mogelijk per 1 januari van enig jaar, mits deze wijziging tenminste een maand van te voren schriftelijk is aangevraagd en door de maatschappij is aanvaard. Bovendien geldt dat, indien er sprake is van verhoging van de verzekerde klasse, deze niet van toepassing is op een opname waarvan de verwachting dat deze zou plaatsvinden, op het moment van het verzoek tot verhoging van de klasse bekend kon worden verondersteld. Op uitbreiding van de omvang van de dekking zijn de bepalingen in artikel 3.4 en artikel 7.1 eveneens van toepassing.
- 6.4.2 Het is voor de contractant en/of de deelnemer niet mogelijk de verzekering voor één of meer gezinsleden met terugwerkende kracht te wijzigen.

ARTIKEL 7 DUUR, BEËINDIGING EN VOORTZETTING VAN DE VERZEKERING

7.1 Acceptatie

- 7.1.1 Tenzij anders is overeengekomen, is de beslissing tot het accepteren van de verzekering, respectievelijk uitbreiding of verhoging daarvan, gebaseerd op de door de deelnemer aan de maatschappij verstrekte inlichtingen.
- 7.1.2 Voor alle verzekerden op een polis dient hetzelfde verzekeringspakket te worden gekozen, met dien verstande dat de facultatieve tandartsverzekering per verzekerde kan worden aangevraagd. De keuze van de verzekerde verpleegklasse is per verzekerde vrij, met dien verstande dat voor kinderen geen hogere verpleegklasse kan worden gekozen dan de hoogste voor een der ouders verzekerde klasse.

7.2 Duur van de verzekering

- 7.2.1 Voor collectieve verzekeringen geldt dat de verzekering is aangegaan per de ingangsdatum zoals vermeld op het polisblad en wordt voortgezet op de voorwaarden zoals omschreven in de tussen contractant en de maatschappij gesloten overeenkomst.
- 7.2.2 Voor deelnemers aan groepscollectiviteiten geldt dat de verzekering is aangegaan voor een periode als op het polisblad omschreven en telkens stilzwijgend voor een gelijke periode wordt verlengd, tenzij de deelnemer tenminste drie maanden voor het verstrijken van zodanige periode de verzekering schriftelijk aan de maatschappij heeft opgezegd.

7.3 Beëindiging van de verzekering

- 7.3.1 De verzekering neemt een einde:
- a bij beëindiging van de tussen contractant en de maatschappij gesloten overeenkomst;
 - b bij beëindiging van het dienstverband van de deelnemer of indien de gemeenschappelijke factor voor deelneming aan de groepscollectiviteit van die deelnemer ophoudt te bestaan (zie voor de voortzettingsmogelijkheden artikel 7.4 sub 3 en 7.4 sub 4);
 - c wanneer de deelnemer zich terzake van deze verzekering aan het opzettelijk doen van onjuiste mededelingen of aan verzwijging, c.q. bedrog heeft schuldig gemaakt;
 - d op het tijdstip waarop de deelnemer - anders dan bij detachering vanwege contractant - ophoudt Nederlands ingezetene te zijn, doch niet eerder dan met ingang van de dag waarop dit aan de maatschappij bekend is;
 - e voor een verzekerde op het tijdstip waarop deze - anders dan bij detachering van de deelnemer tezamen met die verzekerde vanwege contractant - ophoudt Nederlands ingezetene te zijn, doch niet eerder dan met ingang van de dag waarop dit aan de maatschappij bekend is;
 - f indien de deelnemer ingevolge wettelijke bepalingen verplicht verzekerd wordt, doch niet eerder dan met ingang van de dag waarop dit aan de maatschappij bekend is. Zodra een der overige gezinsleden verplicht verzekerd wordt, dient de maatschappij hiervan onmiddellijk in kennis te worden gesteld door middel van een kopie inschrijvingsbewijs. Met ingang van de datum waarop de maatschappij het betreffende inschrijvingsbewijs heeft ontvangen, zal deze verzekerde van de verzekering worden afgevoerd. Indien daartoe voor deze verzekerde de wens te kennen wordt gegeven, kan de verzekering mits en voor zover deze betrekking had op verpleging in een hogere ziekenhuisklasse dan de derde klasse, in de vorm van een aanvullende verzekering worden voortgezet;
 - g bij overlijden van de deelnemer (zie ook artikel 7.4 sub 2).
- 7.3.2 Het is voor de contractant en/of de deelnemer niet mogelijk de verzekering voor een of meer gezinsleden met terugwerkende kracht te beëindigen.

7.4 Voortzetting van de verzekering

- 7.4.1 *Ongewijzigde voortzetting*
De verzekering kan ongewijzigd worden voortgezet zolang de overeenkomst met contractant van kracht is en mits de premiebetaling via contractant plaatsvindt, van:
- a de deelnemer met wie een wachtgeldregeling is getroffen, zolang de aanspraak op wachtgeld blijft bestaan;
 - b de deelnemer aan wie een WAO-uitkering wordt toegekend voor zolang deze wordt gegeven;
 - c de deelnemer aan wie krachtens de sociale regelingen een aanvulling op de WW/WWV wordt toegekend voor zolang deze wordt gegeven;
 - d de deelnemer die wegens pensionering dan wel vervroegde uittreding de dienst van contractant verlaat en die geen uitkering ex artikel 7.4 sub 1 lid a t/m lid c zal genieten.

Het staat de deelnemer vrij de verzekering in deze gevallen te beëindigen. De mededeling daarvan dient schriftelijk te geschieden.

7.4.2 *Voortzetting bij overlijden van de deelnemer*

Bij overlijden van de deelnemer kunnen de achtergebleven gezinsleden op de collectieve voorwaarden en tegen de collectieve premie verzekerd blijven, zolang de overeenkomst met contractant van kracht is en mits de premiebetaling via contractant plaatsvindt. De verzekerde op wiens naam de verzekering gesteld wordt (als regel de weduwe) zal dan verder als deelnemer optreden. Indien gewenst kan de verzekering in dit geval door de als deelnemer optredende verzekerde beëindigd worden. De mededeling daarvan dient schriftelijk te geschieden.

7.4.3 *Voortzetting op ex-collectieve basis*

Bij beëindiging van de verzekering zoals eerder omschreven in artikel 7.3 sub 1 lid b kan de deelnemer, met uitzondering van de situaties zoals omschreven in artikelen 7.4 sub 1 en 7.4 sub 2 direct aansluitend een ex-collectieve verzekering aangaan. Voor zover de dekking zich niet verder uitstrekt dan die van de voorafgaande collectieve verzekering, zal de acceptatie op non-selectie basis plaatsvinden. Deze verzekering kan tot en met de 31e december van het jaar volgend op het jaar waarin het dienstverband wordt beëindigd, worden voortgezet volgens de collectieve voorwaarden en premies.

Het verzoek daartoe dient binnen één maand na beëindiging van het dienstverband schriftelijk te worden gedaan. De eventuele werkgeversbijdrage is dan echter niet meer van toepassing. De ex-collectieve polis is tussentijds, maar niet met terugwerkende kracht, schriftelijk opzegbaar. Indien tussentijds de overeenkomst tussen de contractant en de maatschappij beëindigd wordt, zal de polis op non-selectie basis direct aansluitend individueel kunnen worden voortgezet.

7.4.4 *Voortzetting op individuele basis*

Bij beëindiging van de verzekering zoals eerder omschreven in artikel 7.3 sub 1 lid b kan de deelnemer, met uitzondering van de situaties zoals omschreven in de artikelen 7.4 sub 1 en 7.4 sub 2 direct aansluitend een individuele verzekering aangaan. Voor zover de dekking zich niet verder uitstrekt dan die van de voorafgaande collectieve verzekering, zal de acceptatie op non-selectie basis plaatsvinden. Deze polis dient middels een individueel aanvraagformulier schriftelijk binnen één maand na beëindiging van het dienstverband te worden aangevraagd.

7.4.5 *Voortzetting na faillissement van de contractant*

Per de faillissementsdatum van de contractant, zoals gepubliceerd in de Staatscourant, worden alle onderhavige polissen beëindigd. De verzekering kan aansluitend worden voortgezet op basis van de wettelijke Standaardpakketpolis waartoe de maatschappij acceptatieplicht heeft. Indien de deelnemer aansluitend een individuele verzekering op basis van de maatschappijvoorwaarden wenst aan te gaan, is de beslissing tot het accepteren van deze verzekering gebaseerd op de door de verzekeringnemer aan de maatschappij verstrekte inlichtingen.

ARTIKEL 8 SLOTBEPALING

8.1 **Geschillen**

Alvorens een definitieve afwijzende beslissing wordt genomen omtrent een geschilpunt, zal op initiatief van de verzekerde overleg worden gepleegd tussen de maatschappij en contractant, die zullen trachten tot een oplossing te geraken.

	TREFWOORDENLIJST	Algemene verzekeringsvoorwaarden		Overzicht van Vergoedingen rubriek
		artikel	bladzijde	
A	Acceptatie - Algemeen - Tandheelkunde - Premievrije voorzetting Alternatieve geneeswijzen Audiologisch centrum AXA Assistance	7.1 2.16.2 2.21.1 2.18 2.8.4 2.17.3	11 6 7 7 5 7	- - - 16.1 & 16.2 5.6 13
B	Beëindiging verzekering Begripsomschrijving Bevalling Bevalling meerling Brillenglazen Buitenlanddekking Bijzondere voorzieningen	7.3 1 2.11 - 2.15.3 2.17 3.2.9	11 2, 3 5 - 6 6, 7 9	- - 3 3.4 11 13 - 12
C	Contactlenzen Contante uitkering Contractduur	2.15.3 - 7.2	6 - 11	11 12 -
D	Dagverpleging Declaraties Dieetpreparaten Donor	2.5 4 2.14.2 2.2.3 2.8.1	4 9, 10 5 4 5	1.5 - 9 & 10 1.3 5.3
E	Erfelijkheidsonderzoek Ergotherapie	2.8.2 2.13.2	5 5	5.4 7
F	Farmaceutische zorg Fertiliteitsbevorderende behandeling Fysiotherapie	2.14 2.8.3 2.13.1 3.2.5	5 5 5 8	9 & 10 5.5 7 -
G	Geneesmiddelen Geschillen Grensgangersregeling	2.14.1 2.18.3 3.2.6 8 2.17.5	5 7 8, 9 12 7	9 & 10 16.3 - -
H	Herziening voorwaarden Huisarts Hulpmiddelen	6.2 6.3 2.12 2.15 2.15.3 3.2.7	10 11 5 6 6 9	- - 6 11
I	Implantaten, tandheelkundige IVF-behandelingen	2.16.5 2.8.3	6 5	- 5.5
K	Klachtenbehandeling Kraamzorg	- 2.11	1 5	- 3

		<i>Algemene verzekeringsvoorwaarden</i>		<i>Overzicht van Vergoedingen rubriek</i>
		<i>artikel</i>	<i>bladzijde</i>	
L	Logopedie			12
M	Medicijnen	2.14.1 2.18.3 3.2.6 6.1	5 7 8 10	9 & 10 16.3 -
	Meeverzekerden gezinsleden			
N	Nierdialyse Niet-klinische medisch-specialistische zorg	2.8.5 2.6	5 4	1.6 5.1
O	Oefentherapie Orthodontie Orthopedisch schoeisel Orthopedische steunzolen	2.13.1 2.16.3 2.15.2 2.15.3	5 6 6 6	7 5.7 & 5.8 & 15.5 11 11
P	Patiëntenbelangenvereniging Premiebetaling Premievaststelling Premievrijstelling 1 jaar Premievrije voorzetting 10 jaar Preventieve geneeskunde Psychologische zorg door een eerstelijnspsycholoog	- 5.1 5.2 2.20 2.21 - -	- 10 10 7 7, 8 - -	12 - - 12 - 12 12
R	Rechtsbijstand bij medische onregelmatigheden Repatriëring Revalidatie	2.22 2.17.6 2.3	8 7 4	17 - 1.4 & 5.2
S	Sanatoriumverpleging Schade Second opinion Specialistische zorg Specificatie nota's	- 4 2.7 2.6 4.2	- 9, 10 4 4 9	2.1 - 1.7 & 5.10 5.1 -
T	Tandheekundige zorg Tandheekundige zorg in bijzondere gevallen Thuiszorg Transplantatie	2.16 3.2.8 2.16.4 2.4 2.2.3	6 9 6 4 4	14 & 15 - 5.9 2.2 1.2
U	Uitkering Uitsluitingen - Algemeen - Bijzonder	4 3.1 3.3	9, 10 8 9	- - -
V	Verbandmiddelen Vergoeding, vaststelling Verplichtingen deelnemer Vervoer Vervoer buitenland Verzekeringduur Verzwijging Voortzetting verzekering	2.14.3 4.3 4.1 2.10 3.2.9 7.2 3.4 & 7.3.1 lid c 7.4	5 10 9 5 9 11 9 & 11 11, 12	- - - 4 & 8 - - - -
W	Wijzigingen	6	10, 11	-
Z	Zelfstandige behandelcentra Ziekenhuisopname Ziekenvervoer Zorgmanagement Zuigeling	2.9 2.1 2.10 2.19 2.2.1 2.2.2	5 4 5 7 4 4	5.11 1.1 4 & 8 1.8 & 5.12 - -