

Aanvullende ziektekosten- verzekering uitgebreid

Polisvoorwaarden

Inhoud van de polis

1 Begripsomschrijvingen	
2 Prestatiewijze en dekking	
3 Omvang van de vergoedingen	
Abortus	3.1
Acnebehandeling	3.2
Alternatieve geneeswijzen	3.3
Anticonceptiva	3.4
Astma therapeutisch kamp	3.5
Bevalling en Kraamzorg (eigen bijdragen)	3.6
Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood	3.7
Brillen en contactlenzen	3.8
Buitenland	3.9
Camouflagetherapie	3.10
Dyslexie	3.11
Epilatie	3.12
Ergotherapie	3.13
Fertiliteitbevorderende behandelingen (IVF)	3.14
Farmaceutische zorg (geneesmiddelen)	3.15
Fysiotherapie en oefentherapie	3.16
Herstellingsoord	3.17
Hulpmiddelen	3.18
Kinderopvang bij opname ouders	3.19
Kraamcadeau	3.20
Kuurreizen	3.21
Logeerhuis bij opname	3.22
Lymfedrainage/oedeemtherapie	3.23
Orthodontie	3.24
Orthoptie	3.25
Plaswepker	3.26
Podotherapie	3.27
Preventieve geneeskunde	3.28
Psoriasisdagbehandeling	3.29
Psychologische hulp	3.30
Rechtsbijstand	3.31
Refertilisatie	3.32
Second opinion	3.33
Sportkeuringen en blessureconsulten	3.34
Sterilisatie	3.35
Steunzolen	3.36
Stottertherapie	3.37
Tandartskosten voor verzekerde tot 18 jaar	3.38
Wondverzorging	3.39
Ziekenvervoer (eigen bijdragen)	3.40
4 Uitsluitingen	
5 Diensten Managed Care	
6 Algemeen	
7 Premie	
8 Premiebetaling en schorsing	
9 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde	
10 Declaraties en schorsing	
11 Regres	

12 Fraude
13 Kennisgeving relevante gebeurtenissen
14 Herziening van premie of voorwaarden
15 Begin en einde van de verzekering
16 Toepasselijk recht en klachten
17 Bepalingen in verband met collectiviteit
Clausule terrorismedekking

Verzekeringsvoorwaarden

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

1.1 Alternatief genezer

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

1.2 Apotheekhoudend huisarts

Een arts, die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, op grond van artikel 6 van de Wet op de Geneesmiddelen-voorziening bevoegd is tot uitoefening van de artsenijsbereidkunst en een erkenning heeft als apothekhouder.

1.3 Apotheker

Een erkende apotheker die voldoet aan de eisen zoals omschreven in de Wet BIG en als zodanig staat ingeschreven in het register der apothekers.

1.4 AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

1.5 Bekkenterapeut

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

1.6 Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven in het betreffende register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbo-dienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

1.7 CTG/Zorgautoriteit i.o.

Het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting.

1.8 Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur in een instelling die conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

1.9 Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatie code, door het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit i.o. vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

1.10 Diëtist

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

1.11 Ergotherapeut

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

1.12 EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Cyprus(Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk 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.

1.13 Farmaceutische zorg

De aflevering van de bij of krachtens het Besluit Zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde reglement.

1.14 Fysiotherapeut

Een 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.

1.15 Gecontracteerde zorg

De zorg die de zorgverzekeraar op basis van de Zorgverzekeringswet verplicht is op basis van een tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gesloten overeenkomst te verlenen dan wel te vergoeden.

1.16 Herstel bevorderend

Het doel van verpleging, onderzoek of behandeling moet gericht zijn op herstel.

1.17 Huisarts

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

1.18 Huidtherapeut

Een in Nederland gevestigde huidtherapeut met het diploma Huidtherapie van de Stichting Opleiding Huidtherapie, de Hogeschool Utrecht of de Hogeschool van Eindhoven.

1.19 Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde Reglement Hulpmiddelen inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

1.20 Kraamcentrum

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

1.21 Kraamzorg

De zorg verleent door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum, of kraamhotel verbonden kraamverzorgster of kraamverzorgende, die zowel moeder en kind en - voor zover van toepassing - de huishouding verzorgt.

1.22 Logopedist

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

1.23 Manueel therapeut

Een 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.

1.24 Medisch adviseur

De arts, die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

1.25 Medisch-specialist

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

1.26 Oedeemtherapeut

Een 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.

1.27 Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

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

1.28 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 noodzakelijk moet zijn.

1.29 Orthodontist

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthodontie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

1.30 Orthopedagoog

Een in Nederland gevestigde orthopedagoog die is ingeschreven in het beroepsbekwaamheidsregister van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en Onderwijskundigen (NVO).

1.31 Podotherapeut

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

1.32 Psycholoog

Een in Nederland gevestigde psycholoog, die is ingeschreven in het Register van de psychologen bij het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) of Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE).

1.33 Rechtsbijstand

De rechtsbijstand wordt verleend door de N.V. DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij te Amsterdam.

1.34 Schoonheidsspecialist

Een in Nederland gevestigde schoonheidsspecialist met het diploma Schoonheidsverzorging-B.

1.35 SOS International

BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS

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

1.36 Tandarts

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

1.37 Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, niet zijnde lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische ruimte, of Zwitserland.

1.38 Verloskundige

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

1.39 Verzekerde

Ieder die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

1.40 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

1.41 Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

1.42 Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

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

1.43 Ziekenhuis

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten. Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlandse Astma Centrum Davos.

1.44 Zorgverzekeraar

Fortis Aanvullende Ziektekostenverzekeringen NV.

Artikel 2 Prestatiewijze en dekking

2.1 Woonland

Deze zorgpolis kan door of ten behoeve van elke verzekeringsplichtige in Nederland alsmede in buitenland woonachtige verzekeringsplichtige worden afgesloten.

2.2 Aanvullend op ziektekostenverzekering

Deze verzekering verleent een aanvullende verstrekking of vergoeding op een ziektekostenverzekering op basis van de Zorgverzekeringswet. Er wordt pas vergoeding verleend als de kosten op de ziektekostenverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen. Kosten die onder het eigen risico van de ziektekostenverzekering vallen, worden niet aanvullend uitgekeerd op deze aanvullende verzekering.

2.3 Maximale vergoeding

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- indien en voorzover geen (maximum-)tarief, op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

2.4 Medische grondslag

De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in

het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

2.5 Overname incasso zorgverlener

Indien en voor zover de zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de overeenkomst gehouden is, wordt verzekerde/verzekeringnemer geacht aan de zorgverzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de zorgverzekeraar van het door verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

Artikel 3 Overzicht van vergoedingen

3.1 Abortus

3.1.1 Medische kosten van abortus.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

De ingreep dient te worden 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.

3.2 Acnebehandeling

3.2.1 Behandeling van acne.

Vergoeding:

Tot € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Er dient sprake te zijn van ernstige vormen van acne in het gelaat en/of hals.

Op voorschrift van de huisarts of specialist.

De behandeling dient te worden uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e).

3.3 Alternatieve geneeswijze

3.3.1 Onderzoek en behandeling door een alternatief genezer alsmede alternatieve geneesmiddelen.

Vergoeding:

Tot € 750,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Alternatieve geneesmiddelen dienen te worden geleverd door een apotheek of alternatieve genezer.

3.4 Anticonceptiva

3.4.1 Anticonceptiva

Vergoeding:

Volledig, met uitzondering van condooms.

Voorwaarden:

Verzekerde dient een leeftijd te hebben van 21 jaar of ouder. De anticonceptiva dienen te worden geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

3.5 Astma therapeutisch kamp

3.5.1 Verblijf in een therapeutisch kamp.

Vergoeding:
50% van de kosten voor verblijf.

Voorwaarden:
Verzekerde dient astmatisch en jonger dan 21 jaar te zijn.
Op voorschrift van een medisch specialist.

3.6 Bevalling en kraamzorg (eigen bijdrage)

3.6.1 Eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel de vrouwelijke verzekerde als haar kind bij verblijf in een ziekenhuis of kraamcentrum zonder medische noodzaak.

Vergoeding:
Tot € 14,- per opnamedag.

3.6.2 Eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel de vrouwelijke verzekerde als haar kind bij verblijf thuis.

Vergoeding:
€ 3,50 per uur verleende zorg.

3.7 Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood

3.7.1 Huur of bruikleen van bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Op voorschrift van een kinderarts. Bewakingsapparatuur dient vooraf bij de afdeling Managed Care te worden aangevraagd.

3.8 Brillen en contactlenzen

Verzekerde kan per 36 maanden aanspraak maken op de vergoedingen genoemd in artikel 3.8.1 of artikel 3.8.2.

3.8.1 Enkelvoudige glazen (incl. montuur) of contactlenzen.

Vergoeding:
Tot € 150,- per verzekerde per 36 maanden.

Voorwaarden:
Vanaf 1,5 of meer dioptrieën.

3.8.2 Multifocale/varifocus glazen (incl. montuur) of contactlenzen.

Vergoeding:
Tot € 300,- per verzekerde per 36 maanden.

Voorwaarden:
Vanaf 1,5 of meer dioptrieën.

Toelichting:
De periode van 36 maanden vangt aan op de leverdatum van de eerste aanschaf van de brillenglazen of contactlenzen die door de zorgverzekeraar zijn vergoed.
Onder contactlenzen worden verstaan dag-, week-,

maand- of vaste contactlenzen die door een opticien verstrekt zijn.

3.9 Buitenland

3.9.1 Tijdens tijdelijk verblijf

3.9.1.1 De zorgkosten die de vergoeding op grond van een Ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet te boven gaan.

Vergoeding:
- Volledig voor zorg in een EU, EER of verdragsland.
- Tot 2 maal het Nederlandse tarief voor zorg in de rest van de wereld.

Voorwaarden:
De zorg dient plaats te vinden tijdens tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland en slechts bij acute ziekte of ongeval. De zorg dient niet het doel van de reis naar het buitenland te vormen. Bij spoedeisende zorg is verzekerde verplicht direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International.

Toelichting:
Het Nederlandse tarief is het op dat moment op basis van de Wet tarieven Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend.

Als er geen tarief op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (maximum-)tarief is vastgesteld, geldt het in Nederland geldende marktconform bedrag als het Nederlandse tarief.

3.9.2 Woonachtig in het buitenland

3.9.2.1 De zorgkosten die de vergoeding op grond van een ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet te boven gaan.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
De zorg dient plaats te vinden in het woonland.

3.9.2.2 De zorgkosten die volgens deze verzekering voor vergoeding in aanmerking komen als de behandeling had plaatsgevonden in Nederland.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
De zorg dient plaats te vinden in het woonland.

Toelichting:
Het woonland is het land dat lid is van de EU of EER dan wel aangemerkt wordt als Verdragsland.

3.9.3 Repatriëring

3.9.3.1 Vervoer (inclusief de noodzakelijk medische begeleiding en begeleiding door een gezinslid van de betreffende zieke verzekerde) per ziekenauto of ambulancevliegtuig naar het woonland.

Vergoeding:
Volledig

Voorwaarden:
Verzekerde dient direct contact op te nemen of te laten opnemen met SOS International.
Slechts in geval van acute ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel van verzekerde bestaat er recht op repatriëring.
De verzekerde dient medewerking te verlenen aan 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.
Repatriëring dient plaats te vinden naar het woonland.

3.9.3.2 Vervoer van het stoffelijk overschot, begrafenis of crematie ter plaatse.

Vergoeding:
Tot € 10.000,-

Voorwaarden:
De nabestaanden dienen direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International.
Vervoer van het stoffelijk overschot dient plaats te vinden naar de woonplaats in het op het polisblad vermelde woonland.

Toelichting:
Ingeval van overlijden van verzekerde bestaat recht op vergoeding van de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot naar een plaats in het woonland, waaronder de kosten van de voor het vervoer noodzakelijke kist. Er kan ook gekozen worden voor vergoeding van de begrafenis of crematie ter plaatse.

Er bestaat geen recht op hulpverlening en vergoeding van kosten, indien de reis naar het buitenland tot doel had een medisch behandeling te ondergaan.

3.9.4 SOS Hulpverlening

Er bestaat tijdens tijdelijk verblijf recht op hulpverlening door SOS International. Een team van Nederlandse verpleegkundigen is telefonisch bereikbaar voor allerhande vragen op medisch gebied en kan verzekerde van advies voorzien. Als medische hulp noodzakelijk is, kunnen zij verzekerde doorverwijzen naar een betrouwbare zorginstelling in de buurt van uw verblijf.
Telefoon: 0031 (0)20 651 51 51.

3.9.5 Betaalwijze

Uitkering vindt plaats in Nederland in een Nederlands wettig betaalmiddel tegen de omrekenkoers op de dag dat de verzekeraar de uitkering vaststelt.

3.10 Camouflagetherapie

3.10.1 Camouflagelessen en de daarvoor benodigde middelen.

Vergoeding:
Tot € 250,- per verzekerde per jaar.

Voorwaarden:

In geval van een ernstige huidafwijking in het gelaat en/of hals.

Op voorschrift van de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

De behandeling dient te worden uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

3.11 Dyslexie

3.11.1 Onderzoek, consulten en behandelingen.

Vergoeding:

Tot maximaal € 500,- per verzekerde, gedurende de gehele looptijd van de verzekering.

Voorwaarden:

De behandeling dient te worden uitgevoerd door een orthopedagoog, psycholoog of logopedist.

3.12 Epilatie

3.12.1 Epilatie

Vergoeding:

Tot € 250,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Er dient sprake te zijn van overmatige haargroei op ongebruikelijke plaatsen in het gelaat of hals van een verzekerde van het vrouwelijk geslacht.

Op voorschrift van de behandelend arts en uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e).

3.13 Ergotherapie

3.13.1 Ergotherapie

Vergoeding

Volledig vanaf het elfde behandeluur.

Toelichting

De eerste tien behandeluren worden vergoed op een Ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet.

Ergotherapie omvat advisering, instructie, training of behandeling te verlenen door een erkend ergotherapeut in zijn huispraktijk of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

3.14 Fertiliteitbevorderende behandelingen (IVF)

3.14.1 De kosten van in-vitrofertilisatie (IVF).

Vergoeding:

75% van de kosten van de eerste poging IVF.

Voorwaarden:

Bij een algemeen geaccepteerde medische indicatie.

Op voorschrift van de behandelend arts en uitgevoerd in een vergunninghoudend ziekenhuis.

Toelichting:

De tweede en derde poging IVF worden vergoed op een ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet.

3.15 Farmaceutische zorg (geneesmiddelen)

3.15.1 Eigen bijdragen op geneesmiddelen waarvoor een vergoedingslimiet geldt zoals omschreven in het Reglement Farmaceutische Zorg.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Het geneesmiddel dient voor vergoeding in aanmerking te komen op een Ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet.

3.15.2 Geregistreerde geneesmiddelen die niet zijn aangewezen door de overheid in het Reglement Farmaceutische Zorg met uitzondering van vergoedingen omschreven in artikel 3.3 en 3.4 van deze polis.

Vergoeding:
Tot €250,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:
Op voorschrift van huisarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch specialist of verloskundige.
Geleverd door apotheek of apotheekhoudend huisarts

3.16 Fysiotherapie en oefentherapie

3.16.1 Behandeling door een gecontracteerde zorgverlener.

Vergoeding:
Volledig, tot 18 behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

Voorwaarden:
Behandelingen worden uitgevoerd door een met de zorgverzekeraar gecontracteerde (kinder)fysiotherapeut, bekkentherapeut, oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck, oedeemtherapeut of manueel therapeut.

Toelichting:
Bij een chronische aandoening zoals omschreven in de Regeling zorgverzekering komen de kosten vanaf de 10^e behandeling op een Ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet voor vergoeding in aanmerking.

3.16.2 Behandelingen door een niet gecontracteerde zorgverlener.

Vergoeding:
Tot het marktconforme tarief, tot 18 behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

Voorwaarden:
Behandelingen worden uitgevoerd door een (kinder)fysiotherapeut, bekkentherapeut, oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck, oedeemtherapeut of manueel therapeut.

Toelichting:
Bij een chronische aandoening zoals omschreven in de Regeling zorgverzekering komen de kosten vanaf de 10^e behandeling op een Ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet voor vergoeding in aanmerking.

3.17 Herstelingsoord

3.17.1 Verblijf in een herstellingsoord voor somatische ziekten.

Vergoeding:
75% tot maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:
Op voorschrift van de behandelend arts.

3.18 Hulpmiddelen

3.18.1 Eigen bijdrage voor aanschaf van hulpmiddelen.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Het hulpmiddel dient te zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar.

3.18.2 Kosten boven maximale vergoeding op grond van een ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet.

Vergoeding:
- Volledig voor verzekerde tot 18 jaar.
- Tot € 250,- per verzekerde per kalenderjaar voor verzekerde vanaf 18 jaar.

Voorwaarden:
Er dient sprake te zijn van kosten boven de maximale vergoeding op aanschaf, herstel en correctie van hulpmiddelen als omschreven in het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar zoals die geldt voor een ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet.

3.19 Kinderopvang bij opname ouders

3.19.1 Kinderopvang bij ziekenhuisopname van een van de verzekerde ouders of verzorgers.

Vergoeding:
Tot 30 dagen per kalenderjaar à € 10,- per dag.

Voorwaarden:
In geval van ziekenhuisopname van één van de bij de zorgverzekeraar verzekerde ouders of verzorgers. Voor opvang van bij de zorgverzekeraar verzekerde kinderen tot en met het kalenderjaar waarin de twaalf jarige leeftijd wordt bereikt.

3.20 Kraamcadeau

3.20.1 Kraamcadeau verstrekt door de zorgverzekeraar.

Vergoeding:
De vrouwelijk verzekerde ontvangt van de zorgverzekeraar een kraamcadeau ten behoeve van de bevalling. Deze dient vooraf bij de afdeling Managed Care te worden aangevraagd

Voorwaarden:

De verzekerde dient in de periode gelegen tussen de 5e en 7e maand van de zwangerschap verzekerd te zijn bij de zorgverzekeraar.

3.21 Kuurreizen

3.21.1 Kuurreizen.

Vergoeding:

Tot € 500,- per verzekerde per jaar, met uitzondering van de reiskosten van en naar het vliegveld.

Voorwaarden:

Verzekerde dient te lijden aan ziekten van het bewegingsapparaat, zoals onder meer de ziekte van Bechterew, arthrosis, reumatische aandoeningen e.d. Er is vooraf toestemming van de zorgverzekeraar vereist. De reis dient te worden georganiseerd door de Stichting Interkuur.

3.22 Logeerhuis bij opname

3.22.1 Verschuldigde eigen bijdrage van verblijf van de ouders of partner in een Ronald McDonaldhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeerhuis.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

De opname betreft een bij de zorgverzekeraar verzekerd gezinslid van de ouders of partner.

3.23 Lymfedrainage/oedeemtherapie

3.23.1 Behandeling van Lymfedrainage/Oedeemtherapie

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Op verwijzing van een arts.
Uitgevoerd door een huidtherapeut.

3.24 Orthodontie

3.24.1 Orthodontische behandeling tot 18 jaar.

Vergoeding:

Tot € 2000,- gedurende de looptijd van de verzekering, indien en voorzover de behandeling op grond van een ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet niet voor vergoeding in aanmerking komt.

Voorwaarden:

De behandeling dient te worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.

3.24.2 Orthodontische behandeling vanaf 18 jaar.

Vergoeding:

Tot € 1000,- gedurende de looptijd van de verzekering, indien en voorzover de behandeling op grond van een ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet niet voor vergoeding in aanmerking komt.

Voorwaarden:

De behandeling dient te worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.

3.25 Orthoptie

3.25.1 Orthoptische behandeling.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een orthoptist.

3.26 Plaswekker

3.26.1 Aanschaf van een plaswekker en toebehoren.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Op voorschrift van de behandelend arts.

3.27 Podotherapie

3.27.1 Podotherapeutische behandeling.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een podotherapeut.

3.28 Preventieve geneeskunde

3.28.1 Preventieve onderzoeken naar hart- en bloedvaten, baarmoederhalskanker, borstkanker, prostaatkanker en cholesterol.

Vergoeding:

Volledig, tot het in Nederland geldende wettelijk vastgestelde tarief.

Voorwaarden:

Onderzoeken dienen te worden uitgevoerd door een medisch specialist in een Nederlands ziekenhuis of door een huisarts.

3.28.2 Kosten van de preventieve vaccinaties voor griep, hondsdoelheid, rode hond, tetanus, hepatitis – B.

Vergoeding:

Volledig.

3.28.3 Kosten van die vaccinaties en preventieve geneesmiddelen die nodig zijn conform de adviezen van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR) ter bescherming of voorkoming van ziektes ten gevolge van een tijdelijk verblijf in het buitenland.

Vergoeding:

Volledig.

Toelichting:

Meer informatie vindt u op www.LCR.nl.

3.29 Psoriasis - dagbehandeling

3.29.1 Behandeling van psoriasis door middel van een dagbehandeling.

Vergoeding:
Tot € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:
De behandeling dient plaats te vinden in één van de in Nederland erkende centra voor psoriasisdagbehandeling. Op voorschrift van de behandelend arts.

3.30 Psychologische hulp

3.30.1 Psychologische hulp door een gecontracteerde psycholoog.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Behandeling dient te worden uitgevoerd door een eerstelijns psycholoog.
Verzekerde dient 18 jaar of ouder te zijn. Behandelingen dienen vooraf bij de afdeling Managed Care te worden aangevraagd.

3.30.2 Psychologische hulp door een niet gecontracteerde psycholoog.

Vergoeding:
Tot € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:
Behandeling dient te worden uitgevoerd door een eerstelijns psycholoog.

Toelichting:
Eerstelijns psychologische hulp betreft een kortdurende behandeling van de klachten. Over het algemeen wordt gestreefd het aantal behandelingen te beperken tot 10 gesprekken.

3.31 Rechtsbijstand bij schade door medische onregelmatigheden

3.31.1 Rechtsbijstand door de N.V. DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringsmaatschappij te Amsterdam.

Vergoeding:
- Volledig voor rechtsbijstand.
- Tot maximaal € 12.500,- per schadegeval voor de noodzakelijk gebleken inschakeling van externe deskundigen.

Voorwaarden:
Bij verhaal van een door verzekerde geleden schade op de daarvoor aansprakelijke (rechts)persoon. Schade is het gevolg van een consult, behandeling, verrichting, verstrekking of voorziening binnen Europa, waarvan de kosten krachtens een zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. De aanspraak op rechtsbijstand vervalt bij melding van een schade later dan 1 jaar na beëindiging van deze verzekering. Indien u gebruik wilt maken van de diensten van de N.V. DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringsmaatschappij dient u contact op te nemen met de zorgverzekeraar.

Toelichting:
De Algemene Voorwaarden voor de Rechtsbijstand-verzekering zijn bij de zorgverzekeraar opvraagbaar.

3.32 Refertilisatie

3.32.1 Ongedaan maken van een sterilisatie.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
De behandeling dient te worden uitgevoerd in een ziekenhuis.

3.33 Second opinion

3.33.1 Raadplegen van een andere arts dan de behandelend arts over een door de behandelend arts voorgestelde behandeling.

Vergoeding:
Volledig.

3.34 Sportkeuringen en blessureconsulten

3.34.1 Sportkeuring of blessureconsult.

Vergoeding:
Volledig voor 1 keuring per twee jaar.

Voorwaarden:
De keuring of het consult dient te worden uitgevoerd in een Sport Medisch Adviescentrum. (SMA)

3.35 Sterilisatie

3.35.1 Sterilisatie.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
De behandeling dient te worden uitgevoerd in een ziekenhuis of door de zorgverzekeraar gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum.

3.36 Steunzolen

3.36.1 Steunzolen.

Vergoeding:
Tot € 50,- voor één paar steunzolen per kalenderjaar.

Voorwaarden:
Op voorschrift van behandelend arts of podotherapeut.

3.37 Stottertherapie

3.37.1 Behandeling van stotteren door middel van stottertherapie.

Vergoeding:
Tot € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:
Er dient volgens de Del Ferro methode, de Hausdorfer methode of de BOMA methode stottherapie te worden gegeven.

Toelichting:
De kosten van verblijf komen voor eigen rekening.

3.38 Tandartskosten voor verzekerde tot 18 jaar

3.38.1 Tandartskosten voor verzekerde tot 18 jaar.

Vergoeding:
Volledig voor tandheelkundige hulp of eigen bijdragen op de reguliere tandheelkundige hulp voor verzekerde tot 18 jaar die niet vergoed worden op een ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet.
Vergoeding van orthodontie vindt plaats op basis van artikel 3.24.

Voorwaarden:
Uitgevoerd door een tandarts of mondhygiënist.

3.39 Wondverzorging

3.39.1 Zelfzorgmiddelen voor wondverzorging.

Vergoeding:
€ 50,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:
De middelen dienen geleverd te zijn door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

3.40 Ziekenvervoer (eigen bijdragen)

3.40.1 Eigen bijdragen voor zittend ziekenvervoer.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Er dient sprake te zijn van zittend ziekenvervoer dat vergoed wordt op grond van een Ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet.

Artikel 4 Uitsluitingen

Geen vergoeding wordt verleend voor:

4.1 Na-u-clausule

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;

4.2 Samenloop

zover door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt krachtens:

- een wettelijk geregelde verzekering;
- regeling van overheidswege;
- enigerlei subsidieregeling;
- of een andere overeenkomst.

In een dergelijk geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig en zullen alleen de kosten voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven

gaan waarop de verzekeringnemer of de verzekerde elders aanspraak zou kunnen doen gelden;

4.3 AWBZ

verstrekkingen krachtens de AWBZ waarop verzekerden op grond van die wet geen recht hebben. Tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen hebben niet-ingezetenen geen recht op vergoeding van kosten welke voor Nederlands ingezetenen voor rekening van de AWBZ zouden komen;

4.4 Eigen bijdrage AWBZ

eigen bijdragen krachtens de AWBZ en eigen bijdragen bij bevolkingsonderzoeken;

4.5 Niet nagekomen afspraak

declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;

4.6 Preventieve geneeskunde

de kosten van keuringen en het afgeven van attesten, uitgezonderd het bepaalde in artikel 3.28;

4.7 Celtherapie

de kosten van celtherapie;

4.8 Dekking

de kosten welke zijn gemaakt in de periode dat deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van behandeling bepalend is;

4.9 Molest

kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf; -indien de schade is veroorzaakt door terrorisme is de dekking gelimiteerd tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar binnen de aanspraak op schadevergoeding ontvangt van de NHT (Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschade) zie clausule terrorismedekking;

4.10 Atoomkernreacties

kosten welke zijn veroorzaakt door of verband houden met atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan; 4.10.1 De uitsluiting onder 4.10 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning 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). 4.10.2 Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 4.10.1 geen toepassing;

Artikel 5 Diensten Managed Care

De verzekerde kan voor zorgbemiddeling terecht bij de ervaren verpleegkundigen van de afdeling Managed Care. Zorgbemiddeling houdt in dat wij actief opzoek gaan om binnen redelijke termijn de beste zorg voor de verzekerde te vinden. Verder kan verzekerde terecht voor onder meer: wachtlijstbemiddeling (snellere behandeling in een

ander ziekenhuis, eventueel in het buitenland of in een privé-kliniek), het organiseren van hulpmiddelen, advisering over kraamzorg en algemene informatie over gezondheid, ziekte en preventie. De afdeling Managed Care is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer (010) 401 79 84 en per mail via managed.care@nl.fortis.com.

Artikel 6 Algemeen

6.1 Grondslag van de verzekering

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

Verzekeringnemer is verplicht de gestelde vragen in voornoemde opgaven en verklaringen zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor feiten en omstandigheden die betrekking hebben op een bij het sluiten van deze verzekering bekende derde, wiens belangen worden meeverzekerd en die de leeftijd van zestien jaar heeft bereikt.

Feiten en omstandigheden die verzekeringnemer kent of behoort te kennen nadat verzekeringnemer deze aanvraag heeft ingezonden, maar voordat de zorgverzekeraar heeft bericht over zijn definitieve beslissing het door u ter verzekering aangeboden risico al dan niet te verzekeren, dient verzekeringnemer alsnog aan de zorgverzekeraar mede te delen indien deze vallen onder de vraagstelling in voornoemde opgaven en verklaringen.

Indien verzekerde niet of niet volledig aan zijn mededelingsplicht heeft voldaan, kan zulks ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. Indien verzekerde met opzet tot misleiden van de zorgverzekeraar heeft gehandeld of deze bij kennis omtrent de ware stand van zaken de verzekering nimmer zou hebben gesloten, heeft hij tevens het recht de verzekering op te zeggen.

6.2 Begin en einde van de vergoeding

Indien op grond van de eerdere bepalingen in deze voorwaarden recht bestaat op vergoeding van gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover de zorg is genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

6.3 Registratie van de persoonsgegevens

De bij de aanvraag van deze verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de zorgverzekeraar gevoerde persoonsregistratie. De verwerking van deze gegevens geschiedt vertrouwelijk en overeenkomstig de voorschriften van de Wet Bescherming Persoonsgegevens.

6.4 Machtiging

Een door de zorgverzekeraar afgegeven machtiging geldt niet langer dan de looptijd van de verzekering en is afgegeven onder voorbehoud van wijziging in wet en regelgeving.

6.5 Kennisgeving

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan het laatst bekende adres of aan het adres van degene door wiens bemiddeling de verzekering loopt, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

6.6 Aanvullende verzekering kinderen.

De verzekerde die de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt is slechts aanvullend verzekerd indien en voorzover de ouders van verzekerde aanvullend bij de zorgverzekeraar verzekerd zijn.

Artikel 7 Premie

7.1 Premie verschuldigd

Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.

7.2 Leeftijdsbepaling

Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

7.3 Premierestitutie

Behalve bij opzegging wegens opzet de zorgverzekeraar te misleiden, wordt bij tussentijdse opzegging de lopende premie naar billijkheid verminderd.

Artikel 8 Premiebetaling en schorsing

8.1 Premiebetaling

De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen.

Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren.

Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

8.2 Schorsing

Indien de verzekeringnemer de verschuldigde premie 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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de schorsing is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

8.3 Opschorting bij detentie

De verzekering wordt van rechtswege opgeschort gedurende de periode dat een verzekerde gedetineerd is. Zodra de detentie eindigt, herleven de rechten en plichten weer.

Artikel 9 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde

9.1 Schademeldingsplicht

Zodra verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde op de hoogte is of behoort te zijn van een gebeurtenis die voor zorgverzekeraar tot een uitkeringsplicht kan leiden, is hij verplicht die gebeurtenis zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is aan zorgverzekeraar te melden.

9.2 Schade-informatieplicht

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn aan zorgverzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die voor zorgverzekeraar van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.

9.3 Medewerkingsplicht

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht hun volle medewerking te verlenen en alles na te laten wat de belangen van zorgverzekeraar zou kunnen benadelen.

9.4 Originele nota's

De verzekeringnemer/verzekerde dient de originele nota's binnen drie jaren gerekend vanaf de factuurdatum, bij de zorgverzekeraar in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn.

9.5 Belangen van de zorgverzekeraar

Aan deze verzekering kunnen geen rechten worden ontleend indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een of meer van bovenstaande polisverplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van zorgverzekeraar heeft benadeeld. Elk recht op uitkering komt te vervallen, indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde de hiervoor genoemde verplichtingen niet is nagekomen met de opzet de zorgverzekeraar te misleiden, tenzij de misleiding het verval van recht niet rechtvaardigt.

Artikel 10 Declaraties en schorsing

10.1 Rechtstreeks betaalde declaraties

De zorgverzekeraar heeft het recht om declaraties van zorgverleners, die bij de zorgverzekeraar 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.

10.2 Verschuldigde bedragen

De in het vorige lid 1 genoemde declaratie zal door de zorgverzekeraar 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 vergoeding(en), voorzover deze boven de beperkte vergoedingsregeling uitkomen, te voldoen aan de zorgverzekeraar.

10.3 Vordering in het algemeen

De in het vorige lid 2 omschreven bedragen zijn

verschuldigd zodra verzekeringnemer de verzamelnota heeft ontvangen. De verzamelnota bevat een overzicht van de verschillende uitkeringsbrieven, waarin de verschuldigde bedragen zijn opgenomen. De verzekeringnemer dient de verschuldigde bedragen aan de zorgverzekeraar, binnen de in de verzamelnota genoemde termijn, te voldoen. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

10.4 Schorsing

Indien verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de verzamelnota genoemde termijn betaalt, volgt na de verzamelnota 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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de schorsing is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

Artikel 11 Regres

De verzekeringnemer of verzekerde is verplicht:

- de zorgverzekeraar inlichtingen te verschaffen en medewerking te verlenen bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- alvorens met een derde, of degene die voor of namens de derde optreedt - daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde - een regeling treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, contact op te nemen met de zorgverzekeraar.

In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling treffen, waaronder mede begrepen het verlenen van kwijting, waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten zou worden benadeeld.

Indien verzekerde geheel of gedeeltelijk niet voldoet aan het in dit artikel bepaalde is hij tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de kant van de zorgverzekeraar geleden schade.

Artikel 12 Fraude

12.1 Definitie

Fraude is het opzettelijk onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van vergoeding van de zorgverzekeraar. Tevens omvat fraude het met opzet misleiden van de zorgverzekeraar met als doel het afsluiten van een verzekeringsovereenkomst die de zorgverzekeraar bij juiste kennis van zaken niet of onder andere voorwaarden zou hebben gesloten.

12.2 Vervallen rechten

Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op vergoeding vervalt indien de verzekeringnemer en/ of verzekerde en/ of een bij de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan met betrekking van een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor de zorgverzekeraar bij de beoordeling van de ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor het hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/ of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

12.3 Aangifte

Als er sprake is van fraude als bedoeld in lid 1 van dit artikel, kan dit tot gevolg hebben dat de zorgverzekeraar aangifte doet bij de politie.

12.4 Einde overeenkomst

De zorgverzekeraar heeft het recht de overeenkomst, in geval van fraude te beëindigen.

12.5 Registratie fraude

De zorgverzekeraar kan registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen.

12.6 Vordering

Als er sprake is van fraude, als bedoeld in lid 1 van dit artikel, heeft de zorgverzekeraar het recht tot terugvordering van de uitgekeerde vergoeding en gemaakte kosten.

Artikel 13 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

13.1 Kennisgeving

De verzekeringnemer is verplicht binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d.

13.2 Bereiken van de achttienjarige leeftijd door een verzekerde

De zorgverzekeraar benadert de verzekerde dan wel zijn of haar verzekeringnemer tenminste 6 weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt met de vraag voor welk aanvullende verzekering wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie. Als de verzekeringnemer dan wel de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan de zorgverzekeraar kenbaar maakt binnen de in de mededeling genoemde termijn wordt een premie berekend, overeenkomend met de bestaande aanvullende verzekering.

Artikel 14 Herziening van premie of voorwaarden

14.1 Herziening

De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende zorgpolissen en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum. De zorgverzekeraar doet van de voorgenomen herziening schriftelijk mededeling, eventueel op de premiekwitanties.

14.2 Verstrijken termijn beëindigen overeenkomst

Heeft de zorgverzekeraar binnen 30 dagen na de in het eerste lid genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

Artikel 15 Duur van de verzekering

15.1 Begin van de verzekering

De verzekering gaat in op de datum dat de zorgverzekeraar het verzoek daartoe alsmede de aanduiding van de variant waarvoor verzekerde kiest, heeft ontvangen. De ingangsdatum wordt op het polisblad vermeld.

15.2 Looptijd

Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

15.3 Einde van de verzekering

15.3.1 Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens schriftelijke opzegging door de zorgverzekeraar in navolgende gevallen:

15.3.1.1 Indien verzekeringnemer de verschuldigde premie of de verschuldigde bedragen als bedoeld in artikel 8.1, niet tijdig betaalt of weigert te betalen, heeft de zorgverzekeraar het recht de verzekering, met inachtneming van de procedure als bedoeld in artikel 8.2 schorsing, te beëindigen;

15.3.1.2 Indien binnen twee maanden na de ontdekking dat verzekeringnemer fraude heeft gepleegd, als bedoeld in artikel 12.1, of de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen en verzekeringnemer daarbij heeft gehandeld met de opzet de zorgverzekeraar te misleiden dan wel de zorgverzekeraar de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum.

15.3.2 De verzekering eindigt door een schriftelijke opzegging door verzekeringnemer in navolgende gevallen:

15.3.2.1 Tegen het einde van de op het polisblad vermelde geldigheidsduur met inachtneming van een opzeggingstermijn van twee maanden;

15.3.2.2 Indien de verzekeringnemer niet met een herziening als bedoeld in artikel 14.1 akkoord gaat. Verzekeringnemer dient de verzekering binnen één maand na ontvangst van de schriftelijke mededeling als bedoeld in artikel 14.1 van zorgverzekeraar op te zeggen. De verzekering eindigt op de dag waarop de

wijziging volgens de schriftelijke mededeling van zorgverzekeraar ingaat. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven. De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering door verzekeringnemer of verzekerde 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 wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;
- de wijziging een uitbreiding van de dekking bij gelijkblijvende premie inhoudt;

15.3.2.3 Indien binnen twee maanden nadat de zorgverzekeraar tegenover verzekeringnemer een beroep op de niet nakoming van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft gedaan. De verzekering eindigt op de datum die in de opzeggingsbrief is vermeld of bij gebreke daarvan op de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief.

15.3.3 De verzekering eindigt in navolgende gevallen:

15.3.3.1 De verzekering eindigt de volgende dag ingeval van overlijden van de verzekerde. De zorgverzekeraar dient binnen twee maanden na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden;

15.3.3.2 De verzekering eindigt (tenzij na schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar anders is overeen gekomen) voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.

Artikel 16 Toepasselijk recht en klachten

16.1 Toepasselijk recht

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

16.2 Klachten

16.2.1 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.

16.2.2 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.

16.2.3 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.

Artikel 17 Bepalingen in verband met collectiviteit

17.1 Uitdiensttreding

Als een verzekerde een functie elders aanvaardt, kan de verzekering zonder selectie worden voortgezet tegen een gelijkwaardige individuele aanvullende verzekering, mits de wens daartoe binnen veertien dagen na beëindiging van het dienstverband schriftelijk aan de zorgverzekeraar wordt kenbaar gemaakt. Bijzondere afspraken die uitsluitend gelden voor het collectief worden op de individuele aanvullende verzekering niet voortgezet.

17.2 Afbreuk collectief karakter

De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor, als aan het (collectieve) karakter van dit contract in aanzienlijke mate afbreuk wordt gedaan, het contract tussentijds te beëindigen met inachtneming van een opzegtermijn van een maand.

Clausule terrorismedekking

Op deze verzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT).

De tekst van de clausule terrorismedekking is op verzoek bij de zorgverzekeraar opvraagbaar.