

1 Begripsomschrijvingen

1.1 Algemeen

a. De verzekeraar

Royal Nederland Schadeverzekering N.V. te Rotterdam waarmee de verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten, verder te noemen Royal Nederland.

b. Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met Royal Nederland is aangegaan.

c. Verzekerde

Ieder die als verzekerde op de polis is genoemd.

1.2 Begrippen met betrekking tot de ziektekostenverzekering

a. Arts

Een persoon die, in het land van vestiging, door de bevoegde instanties is erkend als arts, huisarts of een in zijn/haar eigen specialiteit werkzame medisch specialist.

b. Audiologisch Centrum

Een door bevoegde instanties als zodanig erkend centrum voor onderzoek naar de hoorfunctie, advisering en voorlichting over gehoorapparatuur en noodzakelijke psycho-sociale hulp in verband met problemen met de gestoorde hoorfunctie.

c. Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

Een door bevoegde instanties als zodanig erkend centrum voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

d. Dieetpreparaten

Preparaten die ten opzichte van normale voeding zowel een gewijzigde chemische als fysische samenstelling hebben.

e. Geneesmiddel

Een stof, die uitsluitend vervaardigd is om, bij in- of uitwendig gebruik, ziekten of symptomen daarvan te bestrijden of te voorkomen. Onder geneesmiddelen worden niet verstaan (dieet)voedingsmiddelen, haargroei-middelen en schoonheidsmiddelen tenzij deze schoonheidsmiddelen als behandeling worden voorgeschreven door een arts.

f. Hulpmiddelen

Voorwerpen die tot doel hebben een onderdeel of functie van het lichaam duurzaam te vervangen, te versterken, dan wel het herstel daarvan te bevorderen.

g. Inrichting

Een inrichting waar zieken worden behandeld en/of ter behandeling worden verpleegd en die, in het land van vestiging, door de bevoegde instanties is erkend. Onder inrichting wordt ook verstaan een in Nederland, door bevoegde instanties, erkende inrichting, waarin behandeling en/of verpleging wordt verleend in verband met zwangerschap en bevalling, alsmede het Nederlands Astmacentrum te Davos. Onder inrichting wordt (in deze voorwaarden) niet verstaan een verpleeg- of bejaardenhuis, bejaarden-, rust-, kuur- of herstellingsoord, psychiatrisch ziekenhuis, sanatorium of die gedeelten van dergelijke inrichtingen die als zodanig worden gebruikt.

h. Medische noodzaak

De noodzaak van verpleging, onderzoek en/of behandeling, volgens algemeen erkende medisch-wetenschappelijke overwegingen.

i. Ongeval

Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van verzekerde, van buiten af en buiten

diens wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt.

j. Opname

Een opneming in een inrichting die als langer dan 24 uur wordt aangemerkt.

k. Orthodontist

Een in Nederland gevestigde tandarts, die als orthodontist door de bevoegde instanties is erkend.

l. Parodontoloog

Een in Nederland gevestigde tandarts, die als parodontoloog door de bevoegde instanties is erkend.

m. Revalidatie

Hulp verleend door een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een door bevoegde instanties erkende instelling voor revalidatie.

n. Tandarts

Een persoon die, in het land van vestiging, door de bevoegde instanties is erkend als tandarts.

o. Tandheelkundig Centrum

Een door bevoegde instanties als zodanig erkend of voorlopig erkend universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

p. Verbandmiddel

Een middel dat uitsluitend vervaardigd is om er gekwetste delen van het lichaam mee te bedekken, te verbinden of te omwinden.

q. Verpleegkundige

Een verpleegkundige, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties.

r. Verloskundige

Een in Nederland gevestigde verloskundige, die als zodanig door de bevoegde instanties is erkend.

2 Dekking

2.1 Strekking van de verzekering

Medisch noodzakelijke kosten: Royal Nederland vergoedt, volgens de bepalingen van deze polis, de kosten van medisch noodzakelijke hulp aan verzekerden, gemaakt tijdens de duur van deze verzekering. De vergoeding geschiedt op basis van het door Royal Nederland met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien geen tarief is overeengekomen worden de kosten vergoed op basis van de tarieven zoals rechtsgeldig vastgesteld door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg krachtens de Wet Tarieven Gezondheidszorg. Voor de vaststelling van het recht op vergoeding is bepalend het tijdstip waarop de desbetreffende kosten zijn gemaakt. Als een medisch noodzakelijke behandeling op grond van een bestaande wachtlijst niet binnen een redelijke termijn kan plaatsvinden, zal Royal Nederland op een daartoe strekkend verzoek onderzoeken of eerdere behandeling mogelijk is.

2.2 Grondslag van de verzekering

De door de verzekeringnemer en de verzekerde aan Royal Nederland verstrekte opgaven en gedane verklaringen, onder meer in het aanvraag- / wijzigingsformulier ziektekostenverzekering, vormen de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en worden geacht daarmee één geheel uit te maken.

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

2.3 Dekkingsgebied

De verzekering is in de gehele wereld van kracht. Buiten Nederland worden de ziektekosten uitsluitend vergoed indien het een spoedgeval betreft en het verblijf in het buitenland voor vakantie, dienstzaken of studiedoelinden is. Indien men voor een onafgebroken verblijf van meer dan 6 maanden buiten Europa vertrekt, dient vooraf overleg te worden gepleegd met Royal Nederland.

De premie, het eigen risico en/of voorwaarden kunnen in dit geval door Royal Nederland worden aangepast. Indien geen overleg is gepleegd met Royal Nederland bestaat uitsluitend aanspraak op vergoeding naar Nederlandse maatstaven.

2.4 Dekking Algemeen

a. Ziekenhuis/Inrichting/Privékliniek

Vergoed worden de kosten van onderzoek, behandeling en verpleging in een inrichting, tot ten hoogste de tarieven voor de verzekerde klasse. Hieronder worden ook verstaan privéklinieken die, geheel of gedeeltelijk, de functies van de erkende inrichtingen overnemen, mits deze privéklinieken verbonden zijn aan of een duidelijk samenwerkingsverband hebben met de erkende inrichtingen.

b. Transplantatie

Vergoed worden de kosten van transplantaties van de volgende donororganen: hart, long, huid, hoorvlies, beenmerg, bot, lever (orthotoop), nier, alsmede de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door Eurotransplant.

Voorts worden vergoed de kosten van behandeling en verpleging van de donor, ook indien deze niet een verzekerde is. De kosten van opname in een inrichting worden vergoed op basis van de klasse waarvoor de donor is verzekerd. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend na toestemming vooraf door Royal Nederland. De kosten van transplantaties van andere organen worden niet vergoed.

c. Revalidatie

Vergoed worden de kosten van revalidatie in een inrichting, een revalidatiecentrum of thuis.

d. Vormverbeterende operaties

Vergoed worden de kosten van vormverbeterende operaties (cosmetische plastische chirurgie) indien er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte, dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend na toestemming vooraf door Royal Nederland.

e. Nierdialyse

Vergoed worden de kosten van nierdialyse, zowel in een inrichting als thuis. Indien de dialyse thuis plaatsvindt, bestaat eveneens recht op vergoeding van bepaalde hiermee verband houdende kosten, zoals de kosten van gas, licht, water en bewassing, het aanpassen van de woning, de inrichting van een behandelkamer. Deze "hiermee verband houdende kosten" worden vergoed overeenkomstig de regeling die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld en uitsluitend na voorafgaande toestemming door Royal Nederland.

f. (Huis)arts, Verloskundige

Vergoed worden de kosten van onderzoek en behandeling door een arts of verloskundige, alsmede de daarmee gepaard gaande kosten.

g. Fysiotherapie, logopedie en andere therapieën

Vergoed worden de kosten van fysiotherapie, oefentherapie, manuele therapie, logopedie en foniatry op advies van een arts. Behandeling dient uitsluitend te geschieden door een fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/ Cesar, manueel therapeut of logopedist en er dient sprake te zijn van behandelingen als vermeld in het Fysiotherapeuten Besluit, de Besluiten Oefentherapeuten Mensendieck/ Cesar of Logopedistenbesluit. Indien er sprake is van manuele therapie dient de manueel therapeut aangesloten te zijn bij de Nederlandse Vereniging van Manueel Therapeuten (NVMT).

h. Farmaceutische hulp

Vergoed worden de kosten van door een arts, verloskundige of alternatief genezer (die tevens arts is) verstrekte of voorgeschreven geneesmiddelen, verbandmiddelen, geneesmiddelen ter voorkoming van zwangerschap en dieetpreparaten overeenkomstig de uniforme regeling dieetpreparaten die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Deze regeling is op aanvraag verkrijgbaar.

i. Bevalling

Bij bevalling in een inrichting, indien en zolang hiervoor een medische noodzaak aanwezig is, worden de kosten vergoed van:

1. verpleging;
2. verloskundige en andere medische hulp, alsmede alle bijkomende kosten.

Bij bevalling in een inrichting zonder medische noodzaak, poliklinisch of thuis worden de kosten vergoed van;

3. gebruik polikliniek;
4. verloskundige hulp alsmede daarmee gepaard gaande kosten, in rekening gebracht door een arts of verloskundige.

j. Sterilisatie en abortus

Vergoed worden de kosten van abortus en sterilisatie, mits deze behandelingen in een inrichting worden verricht.

k. Erfelijkheidsonderzoek

Vergoed worden de honoraria en kosten voor hulp verleend door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek ten behoeve van verzekerde(n) op advies van een arts. Indien niet verzekerde familieleden bij het onderzoek worden betrokken, worden de kosten hiervan eveneens vergoed.

l. Fertiliteitsbevorderende behandelingen

Vergoed worden de kosten van:

1. operatieve ingrepen, hormoonbehandelingen en kunstmatige inseminatie in verband met ongewilde kinderloosheid;
2. maximaal 3 in-vitro-fertilisatie-behandelingen, mits er sprake is van een alom geaccepteerde medische indicatie bij een vrouwelijke verzekerde en de behandeling plaatsvindt in een daarvoor vergunning houdende inrichting.

Recht op vergoeding bestaat na voorafgaande toestemming door Royal Nederland, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

m. Kaakorthopedische behandeling

Vergoed worden de kosten van kaakorthopedische behandeling door een orthodontist(e) in geval van kaakorthopedische afwijkingen;

1. als direct gevolg van een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo en/of gnat- en/of palatoschisis);
2. in boven- en onderkaak die uitsluitend door middel van een chirurgische behandeling (osteotomie) gecorrigeerd behoort te worden en waarbij kaakorthopedische voor- en nabehandeling noodzakelijk is;

- als direct gevolg van een lichamelijke ontwikkelingsstoornis, waarbij één van de symptomen is een teveel aan gebitselementen met vertraagde of verstoorde doorbraak.

n. **Leukemie bij kinderen**

Vergoed worden de kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van gezonden bloed- en beenmergpreparaten gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).

o. **Medi-Card/voorschot op vergoeding apotheekkosten**

Iedere verzekerde van 16 jaar en ouder ontvangt de Medi-Card. Deze pas is zowel in Nederland als in het buitenland als identificatie-kaart te gebruiken. Op de Medi-Card staan de belangrijkste gegevens van verzekerde, verzekeraar en hulpdienst vermeld. De Medi-Card is geen garantieverklaring voor inrichtingen. Voor het verkrijgen van een garantieverklaring dient steeds contact te worden opgenomen met Royal Nederland of de Royal Nederland hulpdienst.

In Nederland bestaat daarnaast de mogelijkheid om op vertoon van de Medi-Card de kosten van farmaceutische hulp, geheel of gedeeltelijk, tussen Royal Nederland en de leverende apotheek te laten verrekenen:

- indien de farmaceutische hulp op recept is voorgeschreven;
- indien de apotheek (in)direct is aangesloten bij een Clearinghouse.

p. **Kraamzorg/geboorte-uitkering**

Voor vrouwelijke verzekerden wordt kraamverzorging, naar keuze, vergoed in de vorm van:

1. **geboortebuitkering**

Een vaste uitkering van f 2.600,- verminderd met f 260,- voor elke medisch noodzakelijke opnamedag van de verzekerde moeder in een inrichting, te rekenen vanaf (en met inbegrip van) de dag van de bevalling;

of

2. **kostenvergoeding**

Vergoeding van de kosten van een door verzekerde zelf ingeschakelde daartoe bevoegde instantie of gediplomeerd kraamverzorg(st)er. Dit tot ten hoogste 8 dagen verminderd met het aantal medisch noodzakelijke opnamedagen van de verzekerde moeder in een inrichting, te rekenen vanaf (en met inbegrip van) de dag van de bevalling;

of

3. **kraamzorg in natura**

Een door Royal Nederland gecontracteerde kraamorganisatie, die tot een maximum van 48 uur zorg verleent. Dit onder aftrek van 6 uur zorg voor elke medisch noodzakelijke opnamedag van de verzekerde moeder in een inrichting, te rekenen vanaf (en met inbegrip van) de dag van de bevalling.

Tevens wordt een kraampakket verstrekt en wordt 3 weken voor de verwachte bevallingsdatum op verzoek een semafoon in bruikleen gegeven.

De semafoon dient uiterlijk een week na de bevalling weer ingeleverd te worden.

De aanvraag voor kraamzorg in natura dient tenminste 3 maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij Royal Nederland te worden ingediend.

q. **Alternatieve geneeswijzen**

Vergoed worden de kosten van onderzoek en behandeling door een alternatief genezer die tevens een arts is, alsmede op advies van een arts door een:

- lid van de Nederlandse Vereniging van Acupunctuur;

- chiropractor aangesloten bij de Nederlandse Chiropractoren Associatie;
- podotherapeut aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Podotherapie.

2.5 Dekking Tandarts

a. **Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen**

Vergoed worden de kosten van tandheelkundige hulp in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend indien de behandeling plaatsvindt in een Tandheelkundig Centrum en voorafgaand een verzoek, vergezeld van een behandlingsplan, voor goedkeuring en toestemming bij Royal Nederland wordt ingediend.

Het recht op deze vergoeding is vastgelegd in de Uniforme regeling die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Deze regeling maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag bij Royal Nederland verkrijgbaar.

Vergoed worden de kosten verband houdende met het inbrengen van prothetische voorzieningen in de kaak, doch uitsluitend indien de voorzieningen worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak en dienen als steun voor een (overkappings-)prothese. Recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend indien de voorzieningen door de kaakchirurg worden ingebracht en Royal Nederland op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door Royal Nederland goed te keuren behandelingsplan, tevoren toestemming heeft verleend. Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. De vergoeding beperkt zich tot het honorarium van de kaakchirurg en van de anesthesist en de bijkomende ziekenhuiskosten. Niet vergoed worden de kosten van de implantaten, het aanbrengen van de suprastructuur op implantaten en de (overkappings-)prothese.

b. **Tandheelkundige hulp aan meeverzekerde kinderen**

Vergoed worden de kosten van behandeling door een tandarts:

- tot ten hoogste f 750,- per verzekerde per kalenderjaar;
- met inbegrip van prothetische voorzieningen;
- met inbegrip van parodontologische behandelingen (de zogenaamde T-codes) door een parodontoloog.

Deze dekking is van kracht tot het einde van het jaar waarin de verzekerde 21 wordt.

c. **Tandheelkundige hulp aan verzekerden vanaf 21 jaar**

Voor verzekerden vanaf 21 jaar worden de kosten van behandeling door een tandarts vergoed aan het natuurlijk gebit indien dit uitsluitend het noodzakelijke gevolg is van een ongeval:

- tot 75% van de kosten, met een maximum van f 500,- per gebeurtenis;
- met inbegrip van prothetische voorzieningen. De kosten van parodontologische behandelingen (de zogenaamde T-codes) door een parodontoloog worden volledig vergoed.

d. **Orthodontie (gebitsregulatie)**

Vergoed worden de kosten van gebitsregulatie door een tandarts of orthodontist met een maximum van f 3.000,- over de gehele verzekeringsduur per verzekerde.

2.6 Dekking Buitenland

a. **Hulp in buitenland (w.o. repatriëring) bij een spoedgeval**

De hulpverlening, bij een spoedgeval, in het buitenland omvat:

1. verstrekking van een garantie op een rechtstreekse betaling van verpleeg- en/of behandelkosten aan de inrichting waarin verzekerde is opgenomen;
2. de noodzakelijke voorschotbetalingen;
3. Verzending medicijnen
Indien verzekerde in het buitenland als gevolg van een medische noodzaak een geneesmiddel nodig heeft dat ter plaatse niet verkrijgbaar is, zal de hulpdienst het noodzakelijke geneesmiddel vanuit Nederland opsturen;
4. ingeval van ernstige ziekte of ernstig ongevalleestel bestaat tevens dekking voor medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland inclusief de voorgeschreven medische begeleiding. Dit tot ten hoogste f 15.000,- per verzekerde per gebeurtenis en uitsluitend na toestemming van Royal Nederland;
5. Tolkenservice
Indien verzekerde in het buitenland iets overkomt dat onder de dekking van deze ziektekostenverzekering valt, zal de hulpdienst op verzoek van de verzekerde de verzekerde in geval van taalproblemen telefonisch bij arts, ziekenhuis of apotheker met een tolkenservice bijstaan;
6. Overkomst van familieleden
Als verzekerde in het buitenland door ziekte of ongeval, volgens de plaatselijke behandelend arts in levensgevaar verkeert, vergoedt Royal Nederland aan maximaal twee familieleden hun overkomst uit Nederland, hun verblijfskosten in hotel of pension tot f 200,- per persoon per dag voor maximaal 10 dagen tot de eerstkomende gelegenheid van terugkeer alsmede hun terugreis per openbaar vervoer naar Nederland.

b. **Bij overlijden van een verzekerde tot een maximum van f 15.000,- per geval:**

1. vergoeding van de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot;
of
2. begrafenis of crematie in het buitenland, alsmede de overkomst van gezinsleden.

Recht op vergoeding van hulp in het buitenland (conform dit artikel 2.6) bestaat uitsluitend na toestemming vooraf door de Royal Nederland hulpdienst.

2.7 Dekking AWBZ

a. **AWBZ**

Royal Nederland is uitvoeringsorgaan van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Aanspraken op verstrekkingen krachtens de AWBZ worden conform deze wet via deze verzekering gehonoreerd. Voor verstrekkingen krachtens de AWBZ waarop verzekerden op grond van die wet geen recht hebben, kunnen verzekerden evenmin recht op vergoeding ontlenen aan deze verzekeringsvoorwaarden, tenzij anders is vermeld. Aanspraak op verstrekkingen krachtens de AWBZ bestaat uitsluitend voor zover de verstrekte hulp en middelen zijn verleend dan wel geleverd:

1. door personen of instellingen met wie Royal Nederland als uitvoeringsorgaan van de AWBZ overeenkomsten in de zin van de wet heeft gesloten;
2. na vooraf gevraagde en door het uitvoeringsorgaan van de AWBZ verleende toestemming.

b. **Eigen bijdragen AWBZ**

Volledige vergoeding van de eigen bijdragen AWBZ, en aanvullend de kosten van niet klinische psychiatrische hulp, mits voldaan is aan de in of krachtens de AWBZ gestelde voorwaarden en regels (zie artikel 2.7.a).

De eigen bijdragen AWBZ voor verpleging/verzorging worden niet vergoed.

2.8 Dekking Overig Hulpmiddelen

a.

Vergoed worden de kosten van aanschaf, vervanging, reparatie, bruikleen of aanpassing van hulpmiddelen, waarbij in principe wordt uitgegaan van de eenvoudigste of standaarduitvoering welke medisch aan het gestelde doel beantwoordt.

Recht op vergoeding, van alle kosten, bestaat voor:

1. hulpmiddelen die zijn opgenomen in de door Zorgverzekeraars Nederland vastgestelde Uniforme regeling Hulpmiddelen en met inachtneming van de in deze regeling genoemde voorwaarden, eigen bijdragen en maximum bedragen. In deze regeling wordt ondermeer bepaald dat het recht op vergoeding uitsluitend bestaat indien vooraf toestemming door Royal Nederland is verleend;
2. chronisch intermitterende beademingsapparatuur indien vooraf toestemming door Royal Nederland is verleend;
3. brillenglazen of contactlenzen tot ten hoogste één paar per 3 jaar (te rekenen vanaf leveringsdatum) per verzekerde.

Indien het gebruik van hulpmiddelen, naar verwachting, van tijdelijke duur is en bruikleen (in plaats van aanschaf) mogelijk is, dient de goedkoopste oplossing gekozen te worden. Hiervoor dient u contact op te nemen met Royal Nederland. De Uniforme regeling Hulpmiddelen maakt, als vergoedingsoverzicht, onderdeel uit van de voorwaarden en is op aanvraag bij Royal Nederland verkrijgbaar.

Niet voor vergoeding komen in aanmerking: contactlensvloeistof, brillmonturen, tandheelkundige kunst- en hulpmiddelen, tandheelkundige implantaten, invalidewagens en -auto's of andere (aangepaste) vervoermiddelen, niet voor duurzaam gebruik bestemde krukken, hulpmiddelen die verkrijgbaar zijn via de kruisvereniging.

b. **Audiologische hulp**

Vergoed worden de kosten van hulp verleend door een audiologisch centrum op advies van een arts.

c. **Ziekenvervoer**

Vergoed worden de vervoerskosten, van een verzekerde, naar en van een inrichting of arts per ambulance, taxi, rolstoelbus of eigen auto. Dit voor zover de gezondheidstoestand het niet toelaat met het openbaar vervoer te reizen. De vergoeding van de kosten van vervoer per eigen auto is gelijk aan de belastingvrije kilometervergoeding.

d. **Second opinion**

Vergoed worden de kosten van consultatie van een andere arts, indien de behandelend arts een operatieve ingreep heeft voorgesteld of afgeraden.

e. **Verzekerde klasse, keuzevrijheid**

De kosten worden vergoed volgens de verplichting, welke voortvloeit uit de behandeling en verpleging, van verzekerde in de voor hem/haar verzekerde klasse. Voor kinderen van verzekerde(n) geldt, tenzij anders is overeengekomen, een vergoeding van de kosten op basis van 3e klasse.

Bij verpleging in een hogere klasse dan volgens de polis werd overeengekomen, worden de meerdere kosten van verpleging en behandeling niet vergoed. Indien een inrichting geen onderscheid maakt in 2e klasseverpleging, worden voor hen die zich voor klasse 2B hebben verzekerd de kosten van behandeling en verpleging en bijkomende kosten volledig vergoed.

In de keuze van arts, verloskundige, therapeut, alternatief genezer, inrichting en verpleegklasse is verzekerde volledig vrij.

f. **Verhaalservice**

De verzekerden kunnen gebruik maken van verhaalservice bij het verhalen van de door verzekerde geleden letselschade tengevolge van een ongeval met uitzondering van schade voortvloeiende uit medische kunstfouten en geweldsmisdrijven.

De service zal uitsluitend buiten rechte en uitsluitend in Nederland worden verleend.

Er dient steeds sprake te zijn van een wettelijke aansprakelijke derde of een derde die naar burgerlijk recht aansprakelijk is.

Uitsluitend bij gedeeltelijke aansprakelijkheid worden mogelijk kosten aan verzekerde berekend, welke voor rekening van verzekerde komen.

In dergelijke gevallen zal verzekerde steeds voor het in behandeling nemen van de letselschade hieromtrent geïnformeerd worden.

De service zal worden verleend door een door Royal Nederland gecontracteerd letselschadebureau.

g. **Preventief geneeskundige kosten**

Vergoed worden de kosten van preventief geneeskundig onderzoek van:

1. hart- en bloedvaten maximaal 1 maal per 2 jaar per verzekerde;
2. baarmoederhalskanker en borstkanker;
3. het cholesterolniveau;
4. prostaatkanker;

Alsmede de kosten van:

5. vaccinaties tegen griep, tetanus, rode hond en hondsdolheid.

Dit steeds voor zover de kosten in rekening worden gebracht door een arts. Eventuele andere preventieve onderzoeken en/of behandelingen worden uitsluitend vergoed na toestemming vooraf door Royal Nederland.

h. **Herstellingssoord**

Vergoed worden de kosten van verblijf in een herstellingsoord aangesloten bij het Verbond van Nederlandse Herstellingsoorden tot een maximum van f 50,- per dag en tot ten hoogste 42 dagen per kalenderjaar per verzekerde, mits het verblijf geschiedt op advies van een arts.

i. **Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren**

Vergoed worden de kosten van verblijf in een therapeutisch kamp voor astmatische jongeren tot 21 jaar tot een maximum van f 15,- per dag en tot ten hoogste 42 dagen per kalenderjaar per verzekerde, mits het verblijf geschiedt op advies van een arts.

j. **Verblijfskosten ouders bij opname kind**

Vergoed wordt de eigen bijdrage, tot een maximum van f 25,- per dag voor een verblijf in een logeerkamer (verbonden aan een inrichting) van de ouders van een meeverzekerd kind, gedurende de tijd dat het kind is opgenomen.

k. **Daggeldvergoeding bij verpleging in lagere klasse**

Bij verpleging in een lagere klasse dan volgens de polis werd overeengekomen, wordt de volgende daggelduitkering gegeven;

1. in klasse 3 in plaats van 2B: f 50,- per dag;
2. in klasse 3 in plaats van 2A: f 60,- per dag;
3. in klasse 2B in plaats van 2A: f 10,- per dag.

Indien een inrichting geen onderscheid maakt in 2e klasseverpleging en een verzekerde is voor klasse 2A verzekerd, bestaat in dit geval geen recht op een daggelduitkering. De daggelduitkering geldt niet buiten Nederland.

3 Uitsluitingen

3.1 Algemeen

- a. Royal Nederland vergoedt geen schade veroorzaakt door molest. Onder molest wordt verstaan, schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij.

Deze 6 vormen zijn door het Verbond van Verzekeraars bepaald en gedeponneerd op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage.

In geval van schade moet verzekerde stellen en soms bewijzen dat zij niet het gevolg is van oorlog of dergelijke. Dit geldt ook voor Royal Nederland maar dan alleen in het geval dat Royal Nederland beroep doet op een uitsluiting of beperking van de dekking. Royal Nederland vergoedt geen schade veroorzaakt door of verband houdende met atoomkernreactie of radioactiviteit, tenzij dit laatste verband houdt met een medische behandeling van de betrokken verzekerde(n).

b.

3.2 Specifiek

a. **Bestaande ziekte/afwijking**

Niet vergoed worden de kosten die verband houden met ziekten en afwijkingen, welke reeds bestonden voor het aanvragen van de verzekering, waarvan verzekeringnemer of verzekerde bij het aanvragen kennis droeg of klachten ondervond terwijl hiervan geen melding werd gemaakt op het aanvraag- / wijzigingsformulier ziektekostenverzekering.

b. **Andere hulpverleners**

Niet vergoed worden de kosten van hulp en begeleiding door personen of instellingen, al dan niet ingeschakeld bij een medische behandeling, die zich bewegen op sociaal en maatschappelijk of onderwijskundig terrein.

c. **Vergoeding van elders**

Niet vergoed worden de kosten indien - zo deze verzekering niet bestond - door de verzekeringnemer of een verzekerde aanspraak zou kunnen worden gemaakt op vergoeding van schade, respectievelijk kosten van enige andere verzekering al dan niet van oudere datum, respectievelijk op grond van enige wet of andere voorziening. Deze verzekering is dan eerst in tweede plaats geldig; in zo'n geval komen alleen die schade, respectievelijk die kosten, voor vergoeding in aanmerking, die het bedrag te boven gaan waarop de verzekeringnemer of een verzekerde elders aanspraak zou kunnen doen gelden.

4 Schade

4.1 Verplichtingen

a. **Melding opname in een inrichting**

Een opname in een inrichting dient zo mogelijk vooraf, doch uiterlijk binnen 3 dagen na opname aan Royal Nederland te worden gemeld.

b. **Medewerking**

De verzekeringnemer en/of verzekerde zijn verplicht binnen redelijke termijn Royal Nederland of aan door haar aangewezen deskundigen alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen of te doen verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen; voorts geen feiten of omstandigheden, die voor de vaststelling van de vergoeding van belang zijn, te verzwijgen, dan wel feiten of omstandigheden onjuist of onvolledig weer te geven. Dit omvat ook het in kennis stellen bij vertrek naar het buitenland.

- c. In geval van schade zijn zowel de verzekeringnemer als de verzekerde verplicht binnen redelijke grenzen alle maatregelen te nemen, die tot voorkoming of vermindering van schade kunnen leiden. Dit houdt onder andere in:

1. zich direct onder geneeskundige behandeling te stellen en daaronder te blijven, indien dit redelijkerwijs is geboden;
2. al het mogelijke te doen om zijn/haar herstel te bevorderen door tenminste de voorschriften van de behandelend geneeskundige te volgen;
3. zich desgevraagd laten onderzoeken door een door Royal Nederland aan te wijzen arts of zich voor onderzoek te laten opnemen in een door Royal Nederland aan te wijzen ziekenhuis of andere medische inrichting.

d. **Toestemming vooraf**
Zodra voor bepaalde behandelingen en/of verstrekkingen toestemming vooraf door Royal Nederland wordt verlangd, dient dit tijdig te worden aangevraagd, zodat Royal Nederland voldoende gelegenheid heeft alle gewenste informatie te verkrijgen en op grond hiervan tot een besluit te komen.

e. **Voorschrift/verwijzing/advies**
Eventuele adviezen, verwijzingen of verklaringen van artsen dienen desgevraagd aan Royal Nederland te worden overgelegd.

f. **Bewijs van recht op meeverzekering voor kinderen van 21 jaar en ouder**
Jaarlijks dient bewijs overgelegd te worden dat voor meeverzekerde kinderen van 21 jaar en ouder recht op meeverzekering tegen kindpremie bestaat op grond van artikel 6.2.

g. **Nota's**
Originele nota's betreffende een verstrekken kalenderjaar dienen voor 1 juli van het daaropvolgende jaar bij Royal Nederland te zijn ingediend. De nota's dienen op zodanige wijze gespecificeerd te zijn dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding Royal Nederland is gehouden. Computernota's dienen door de zorgverlener gewaarmerkt te zijn.

h. **Verhaal**
Royal Nederland dient alle medewerking te worden verleend bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde.

4.2 Verval recht op vergoeding van de kosten

- a. Geen recht op vergoeding van de kosten bestaat, indien de verzekerde of de verzekeringnemer één of meer van deze verplichtingen niet is nagekomen (4.1) en daardoor de belangen van Royal Nederland heeft geschaad.
- b. Het recht op vergoeding van de kosten vervalt indien de verzekeringnemer of verzekerde, genoemde verplichtingen niet is nagekomen (4.1) met de opzet Royal Nederland te misleiden.

4.3 Omvang van de vergoeding van de kosten

4.3.1 Eigen Risico

a. **Eigen risico**
Van de verzekerde kosten (waaronder ook begrepen zijn de verstrekkingen in natura) is het op het polisblad vermelde eigen risico per kalenderjaar voor rekening van de verzekeringnemer. Toetreding of afmelding van verzekerden gedurende het kalenderjaar kan een wijziging van het eigen risico tot gevolg hebben per 1 januari daaropvolgend.

b. **Gemaximeerde en/of gedeeltelijke vergoedingen**
Indien voor een (soort) vergoeding(en) een maximum bedrag en/of een gedeeltelijke vergoeding wordt genoemd, wordt de omvang van de vergoeding eerst op basis van deze criteria vastgesteld. Het eigen risico, zoals is vermeld op het polisblad, wordt op deze vergoeding (plus eventuele andere vergoedingen) in mindering gebracht.

c. **Opname in twee kalenderjaren**
Indien een opname in een inrichting niet eindigt in het kalenderjaar waarin deze begint, is voor deze opname slechts éénmaal het gekozen eigen risico van toepassing en wel hetgeen gold op het moment van opname.

d. **Pro-rata eigen risico**
Bij ingang van de verzekeringsovereenkomst gedurende een kalenderjaar wordt een pro-rata eigen risico berekend tot aan 1 januari van het komende kalenderjaar. Het pro-rata eigen risico bedraagt: het gekozen eigen risico * 1/12 * de geheel of gedeeltelijk nog te gaan maanden tot 1 januari van het komende kalenderjaar.

e. **Geen restitutie eigen risico**
Bij schorsing of beëindiging van de verzekering zal restitutie noch vermindering van het eigen risico plaatsvinden.

f. **Wijziging/verlaging eigen risico**
Wijziging van het eigen risico kan uitsluitend plaatsvinden per 1 januari van het komende kalenderjaar. Een verzoek om verlaging van het eigen risico zal behandeld worden als een nieuwe aanvraag, waarbij nadere voorwaarden en/of premieaanpassing kunnen worden gesteld.

4.3.2 Hogere vergoeding dan overeengekomen

Indien en voor zover Royal Nederland meer vergoedt dan zij volgens de polisvoorwaarden is verplicht, wordt de verzekeringnemer geacht aan Royal Nederland een volmacht tot incasso te hebben verleend op naam van Royal Nederland van het door of namens de verzekeringnemer teveel betaalde.

4.4 Vervaltermijn

Ieder recht van de verzekeringnemer of verzekerde ten opzichte van Royal Nederland terzake van een vordering vervalt na het verstrijken van één jaar nadat Royal Nederland haar standpunt bekend heeft gemaakt, tenzij de verzekeringnemer binnen dit jaar het standpunt van Royal Nederland heeft aangevochten en dit schriftelijk aan Royal Nederland kenbaar heeft gemaakt.

5 Premie

5.1 Premiebetaling

De verzekeringnemer dient de premie, de kosten en de bijdragen die voortvloeien uit wettelijke regelingen (hierna te noemen premie) vooruit te betalen maar uiterlijk op de dertigste dag nadat deze verschuldigd zijn.

5.2 Niet (tijdig) betalen, opschorting

Bij niet (tijdig) betalen van de premie, binnen de gestelde termijn van 30 dagen (artikel 5.1), wordt de dekking opgeschort per de eerste dag (de vervaldag) van de periode waarover de premie verschuldigd was, zonder dat enige ingebrekestelling door Royal Nederland is vereist. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen.

5.3 Dekking weer van kracht

De opgeschorte dekking in verband met niet (tijdig) betalen wordt weer van kracht op de dag, volgend op die, waarop het totaal verschuldigde bedrag, inclusief de incassokosten, door Royal Nederland is ontvangen en geaccepteerd.

5.4 Geen vergoeding van kosten tijdens opschorting

De kosten ten gevolge van ziekten, kwalen en gebreken welke zijn ontstaan of zich hebben geopenbaard in de tijd dat de dekking was opgeschort, worden niet vergoed. De kosten van leveringen in natura zullen worden teruggevorderd.

5.5 Incassokosten

Indien Royal Nederland maatregelen treft tot incasso van de vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer.

5.6 Verrekening

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

5.7 Teruggave premie

Teruggave van premie over de nog niet verstreken periode van de verzekering vindt uitsluitend plaats in geval van:

1. overlijden van een verzekerde, en wel per de eerste van de maand volgend op die waarin de verzekerde is overleden;
2. beëindiging van de verzekering op grond van artikel 6;
3. beëindiging als bedoeld in artikel 8.2.1.b en 8.2.1.c en wel per de datum van vertrek naar het buitenland respectievelijk per de datum van afgifte van in dit artikel bedoelde bewijs, mits dit bewijs binnen 30 dagen na datum van afgifte door Royal Nederland is ontvangen. Anders wordt restitutie verleend per de datum van ontvangst;
4. vertrek voor onbepaalde duur van een verzekerde naar het buitenland.

5.8 Premievrijstelling bij overlijden verzekeringnemer

Indien de verzekeringnemer voor zijn/haar 65ste verjaardag overlijdt zal voor de overige verzekerden tot één jaar daarna, te rekenen vanaf de maand waarin zijn/haar overlijden plaatsvond, geen premie zijn verschuldigd.

6 Wijziging premie, eigen risico en/of voorwaarden

6.1 Premiehoogte

De premie is mede afhankelijk van het gekozen eigen risico en de leeftijd van de verzekerde. Indien de verzekerde tijdens de looptijd van de verzekering een leeftijdsgrens bereikt, waarbij volgens het tarief een hogere premie verschuldigd is, is deze ingaande 1 januari volgend op zijn/haar verjaardag verschuldigd.

6.2 Premie kinderen

De verzekeringnemer is voor maximaal 3 kinderen premie verschuldigd voor zover deze de leeftijd van 21 jaar nog niet hebben bereikt dan wel de 27-jarige leeftijd nog niet hebben bereikt en aanspraak bestaat op kinderbijslag of op een toelage krachtens de Wet op de Studiefinanciering of op buitengewone lastenafrek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge artikel 9, Uitvoeringsregeling Inkomstenbelasting 1990 (zie ook artikel 4.1.f en 8.2.1.d.).

6.3 Herziening

Royal Nederland heeft het recht om de premie, het eigen risico en/of de voorwaarden van bepaalde groepen van de te bij haar lopende en geschorste verzekeringen en bloc te wijzigen met ingang van een door Royal Nederland vast te stellen datum. Royal Nederland doet van deze herziening een tijdige schriftelijke mededeling aan de verzekeringnemer.

6.4 Recht op opzegging

De verzekeringnemer heeft het recht om met een dergelijke herziening niet akkoord te gaan. Indien de verzekeringnemer dit binnen 30 dagen na de vastgestelde herzieningsdatum schriftelijk aan Royal Nederland heeft meegedeeld, wordt de verzekering beëindigd met ingang van de bedoelde herzieningsdatum. Over de niet verstreken periode waarover premie is betaald vindt restitutie van de premie plaats.

6.5 Geen recht van opzegging

De verzekeringnemer heeft geen recht op de hierboven vermelde mogelijkheid tot opzegging:

1. bij een herziening van de premie en/of voorwaarden, die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen;

2. bij een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking;
3. bij een uitbreiding van de dekking zonder een hogere premie;
4. bij een herziening van de premie die direct voortvloeit uit het door de verzekerde bereiken van een leeftijdsgrens waaraan de premie is gekoppeld;
5. indien op één polis meerdere polisvoorwaarden, zoals Topdekking en/of Uitgebreide dekking en/of Basisdekking en/of aanvullende dekkingen van toepassing zijn. Het recht van opzegging geldt dan uitsluitend voor die verzekerde(n) of dekkingen waarvoor de premie en/of voorwaarden wordt/worden aangepast. Dit steeds met inachtneming van de andere, in dit artikel gestelde voorwaarden;
6. bij een herziening van de premie die voortvloeit uit de verhuizing van de verzekeringnemer naar een regio waarvoor een andere basispremie wordt berekend;
7. bij een herziening van de premie of van het eigen risico tengevolge van wijziging van het aantal verzekerden.

7 Wijziging van het risico

7.1 Verplichting bij wijziging

- a. De omschrijving van het risico op het polisblad wordt geacht afkomstig te zijn van verzekeringnemer.
- b. De verzekeringnemer is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het gezin en iedere andere verandering die invloed heeft op de rechten en plichten uit deze verzekeringsovereenkomst zo spoedig als mogelijk is, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan Royal Nederland mede te (doen) delen. De wijzigingen die bedoeld worden zijn onder meer:

1. het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enige andere publiekrechtelijke regeling (zoals IZA, IZR);
2. verandering van burgerlijke staat;
3. geboorte;
4. overlijden;
5. verhuizing;
6. verandering van bank- of (post)bankrekeningnummer.

Indien door het nalaten van het hierboven bepaalde de belangen van Royal Nederland worden geschaad, vervalt een eventueel recht op restitutie van premie en behoeft Royal Nederland geen kosten te vergoeden.

- c. Voor kinderen, geboren tijdens de duur van de verzekering, is de verzekering vanaf de geboorte van kracht ongeacht eventueel aangeboren ziekten of afwijkingen, mits:
 1. het kind binnen één maand na de geboorte ter verzekering wordt aangemeld;
 2. alle daarvoor in aanmerking komende kinderen zijn verzekerd op deze polis.

8 Duur en einde van de verzekering

8.1 Duur

De verzekering is aangegaan voor de periode die op het polisblad is genoemd en wordt daarna telkens stilzwijgend met de op het polisblad genoemde contractduur verlengd.

8.2 Einde

8.2.1 Automatische beëindiging

De verzekering eindigt voor een verzekerde automatisch:

- a. door overlijden.
- b. op het tijdstip waarop hij/zij ophoudt Nederlands ingezetene te zijn.

- c. op het moment dat een verzekerde recht kan doen gelden op of kan deelnemen aan enige verplichte wettelijke of publiekrechtelijke regeling en wel per de datum van afgifte van het bewijs waaruit dat recht of deze verplichting blijkt. Voorwaarde is dat Royal Nederland dit bewijs binnen 30 dagen na datum van afgifte heeft ontvangen, anders geldt de datum van ontvangst als beëindigingsdatum.
- d. op 1 januari volgend op de 21ste of 27ste verjaardag van een verzekerde waarvoor kindpremie (zie artikel 4.1.f en 6.2) wordt betaald. Aansluitend kunnen zij, zonder selectie, tegen de premie en voorwaarden die dan gelden, zelfstandig een soortgelijke verzekering afsluiten. In het geval dat geen bewijs wordt overgelegd als bedoeld in artikel 4.1.f behoudt Royal Nederland zich het recht voor de verzekering voor deze verzekerde automatisch om te zetten.
- e. op de dag dat een in Nederland woonachtige verzekerde de 65-jarige leeftijd bereikt en op basis van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ) recht ontstaat op een Standaardpakketpolis. Aansluitend zal verzekering plaatsvinden krachtens de Standaardpakketpolis met inachtneming van de op grond van de WTZ voor die verzekering geldende voorwaarden. De verzekerde heeft automatisch het recht om de verzekering, gesloten op basis van deze voorwaarden, voort te zetten als aanvullende dekking op de voorwaarden van de Standaardpakketpolis. De te betalen premie zal gelijk zijn aan de wettelijk af te dragen premie voor de Standaardpakketpolis, vermeerderd met de dan geldende premie voor de aanvullende dekking. Naast het wettelijke eigen risico op de Standaardpakketpolis is er op de aanvulling geen eigen risico van toepassing.

8.2.2 Beëindiging door verzekeringnemer

De verzekering eindigt:

- a. op de contractvervaldatum indien de verzekeringnemer uiterlijk 3 maanden voor deze datum per aan Royal Nederland gericht schrijven de verzekering heeft opgezegd.
- b. indien de verzekeringnemer weigert een wijziging van premie en/of voorwaarden te accepteren, die Royal Nederland op grond van de voorwaarden kan verlangen. De verzekeringnemer is gerechtigd de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende een maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.

8.2.3 Beëindiging door Royal Nederland

De verzekering eindigt;

- a. indien de verzekeringnemer in gebreke is gebleven de premie en de kosten te betalen. Royal Nederland kan de verzekering dan gedurende de schorsing zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door haar te bepalen tijdstip beëindigen.
- b. indien getracht wordt op enigerlei wijze vergoedingen van Royal Nederland te verkrijgen waarop geen recht bestaat. De verzekering eindigt met onmiddellijke ingang, op de datum waarop Royal Nederland de verzekering schriftelijk opzegt. Royal Nederland heeft het recht om eventueel op deze wijze verkregen vergoedingen terug te vorderen.

8.3 Onopzegbaarheid

Behoudens de in deze voorwaarden genoemde gevallen is de verzekering onopzegbaar van de zijde van Royal Nederland.

9 Slotbepalingen

9.1 Privacybescherming

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door Royal Nederland gevoerde persoonsregistratie. Op deze persoonsregistratie is een privacy-reglement van toepassing, alsmede de gedragscode 'Verwerking persoonsgegevens verzekeringsbedrijf'. In deze gedragscode worden de rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven.

9.2 Geschillen

Geschillen over deze verzekeringsovereenkomst zijn onderworpen aan het Nederlands recht, tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen. De rechter in Rotterdam of Amsterdam is bevoegd over eventuele geschillen uitspraak te doen.

9.3 Onafhankelijke klachtenbehandeling

Geschillen en/of klachten die voortvloeien uit deze overeenkomst, kunnen worden voorgelegd aan:

- de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag
- de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag
- de Beroepscommissie WTZ (m.b.t. Standaard (pakket)polissen, Postbus 160, 3990 DD Houten.

9.3 Adres

Kennisgevingen door de verzekeraar worden geacht rechtsgeldig te zijn geschied aan de verzekeringnemer indien deze zijn gedaan aan diens laatst bij de verzekeraar bekende adres of aan het adres van de tussenpersoon, door wiens bemiddeling deze verzekering loopt. De verzekeringnemer is verplicht de verzekeraar zo spoedig mogelijk op de hoogte te brengen van zijn adreswijziging.